

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное агентство по образованию
Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова

В.К. Солондаев

Специальная психология

Учебное пособие

*Рекомендовано
Научно-методическим советом университета
для студентов, обучающихся по специальности Психология*

Ярославль 2008

УДК 159.9(075.8)
ББК Ю 948.1я73
С 60

*Рекомендовано
Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного издания. План 2008 года*

Рецензенты:

Н.А. Деревянкина, кандидат психологических наук,
старший преподаватель кафедры общей социальной психологии
ЯГПУ им. К.Д. Ушинского; кафедра олигофренопедагогики
дефектологического факультета ЯГПУ им. К.Д. Ушинского

Солондаев, В.К. Специальная психология: учеб. по-
С 60 собие / В.К. Солондаев; Яросл. гос. ун-т. – Ярославль :
ЯрГУ, 2008. – 112 с.
ISBN 978-5-8397-0628-6

В пособии рассматривается взаимодействие специальной психологии с другими дисциплинами, общие механизмы дизонтогенеза. Анализируются подходы и принципы организации коррекционной работы. Приводятся примеры поведенческой коррекции. Материал подобран в авторской практике консультирования по проблемам детского развития в норме и патологии. Представляет интерес также для практических психологов.

Пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности 030301 Психология (дисциплина «Специальная психология», блок ОПД), очной и заочной форм обучения.

УДК 159.9(075.8)
ББК Ю 948.1я73

© Ярославский государственный
университет им. П.Г. Демидова,
2008

ISBN 978-5-8397-0628-6

Глава 1. Дизонтогенез и проблема адаптации

В ранее изданном пособии (Н.В. Пережигина, В.К. Солондаев, 2006) мы дали характеристику специальной психологии, описали общие закономерности дизонтогенеза, проиллюстрировали психиатрический подход к проблеме дизонтогенеза. Поэтому с самого начала мы постараемся ответить на один весьма актуальный вопрос – в чем заключается причина столь значительного разброса эмпирических данных, полученных к настоящему времени. Воспользовавшись классификацией, например, В.В. Лебединского, для каждого вида дизонтогенеза мы можем обнаружить в научной литературе не только разброс, но часто и некоторую противоречивость результатов.

Так М.Л. Любимов описывает особенности слухового восприятия и репродуцирования письменных текстов (изложений) слабослышащими школьниками, обучающимися в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях II вида. Обнаруживается, что в понимании лексических значений слов у большинства детей данной категории наблюдаются такие симптомы:

- резкое ограничение дифференциации значений слов, близких по звучанию («шубка» – «губка», «дерево» – «зарев», «купание» – «катание», «переплывать» – «переливать»);
- вербальные парафазии семантического характера («стирает» вместо «купает» – «Медведица стирает медвежонка»);
- замена данных слов лексическими единицами, обладающими не общей семантикой, а более широкой информативностью («Заяц делает к дерева» вместо «Заяц прыгнул на дерево»);
- замена слова перифразой («Шкурка стала с водой» вместо «Шкурка промокла»);
- замена данного слова близким по смыслу, но образованным по неверной словообразовательной модели (вместо слова «спала» в конструкции «вода пала» используется слово «сбылась» как неверный дериват «убывала»).

В своей статье Б.Д. Корсунская указывает на то, что поначалу *глухой* (курсив наш – В.С.) ребенок усваивает только сюжетную схему рассказа. Умелая педагогическая работа со временем расширяет восприятие ребенка, позволяет ему полнее понимать содержание текстов. В рассказе «Пришла новая девочка» повествуется о том, как девочка Таня в первый раз пришла в детский сад, она не хотела здесь оставаться, хотела домой. Но дети встретили ее ласково, дали ей игрушки, девочка успокоилась, и все стали дружно играть. Прочитав рассказ, дети легко ответили на вопросы: как звали девочку? С кем она пришла? Почему она плакала? Что дал ей каждый из детей? Даже незнакомое слово «успокоилась» они быстро уяснили после выделения его корня. Однако на вопрос, почему Таня – «новая девочка», дети ответили, что у нее новое платье, новые туфли. На вопрос, почему «в первый раз» (пришла в детский сад), отвечали, что девочка пришла в группу, когда никого еще не было. На самом деле в рассказе речь шла о ситуации помещения ребенка в специализированное дошкольное образовательное учреждение для глухих детей. Очевидно, что отделение от родителей – довольно травматичный для ребенка процесс (Таня плакала).

Не вызывает сомнений профессионализм обоих исследователей, однако соотнести результаты исследований сходных вариантов дефицитарного развития – полной и частичной потери слуха – почти невозможно. А необходимость сравнить по литературным данным особенности дизонтогенеза при интеллектуальном недоразвитии с интеллектуальными нарушениями при искаженном развитии (например, при аутизме) может поставить исследователя в тупик. В связи с этим В.И. Лубовский и В.М. Сорокин говорят о сложности разграничения модально-специфических и модально-неспецифических особенностей и закономерностей дизонтогенеза. В главе 3 мы найдем достаточно много примеров этому. Но в сложившейся ситуации нельзя возложить всю ответственность на специальную психологию. И причин тому несколько.

Во-первых, несколько перефразируя Л.Н. Толстого, можно сказать, что все варианты нормального развития похожи друг на друга, а все нарушенное развитие нарушено по-своему. Основанием для приведенного утверждения служит логическое сходство

вариантов нормального развития – по определению, как вариантов именно *нормы*. Для нарушенного развития – дизонтогенеза – такое логическое сходство обязательным не является.

Во-вторых, сама категория адаптации (необходимая часть антитез «адаптация/дезадаптация», «онтогенез/дизонтогенез») настолько сложна, что в ближайшее время мы вряд ли можем надеяться хотя бы на полноту категориального аппарата, не говоря уже о полноте феноменологических описаний. На рис. 2 мы изобразили уровневую структуру адаптации (только в учебных, не в научных целях). Ниже мы еще рассмотрим эту схему подробнее, а сейчас обратимся к работе Н.М. Иовчука, А.А. Северного, Н.Б. Морозовой «Детская социальная психиатрия для непсихиатров», где подробно обсуждаются медицинские трактовки адаптации.

Сложно поспорить с тем, что специалист, работающий с ребенком и подростком, так или иначе преследует основную цель: вырастить ребенка здоровым, способным адаптироваться в жизни, получить профессию, иметь семью и быть в состоянии ее обеспечить, морально и материально помочь близким в старости, – если определить кратко, то речь идет о способности личности играть позитивную социальную роль.

В этой связи закономерно встает вопрос о том, что именно считать позитивной социальной ролью. Ясно, что в различных условиях, в разных культурах, социальных группах, регионах и т.п. конкретное содержание позитивной социальной роли может варьировать в широких пределах. Синонимом позитивной социальной роли может быть позитивная социализация. Под позитивной социализацией авторы понимают такое положение индивидуума (семьи, группы) в микросоциуме, которое дает ему возможность развития и максимально полной реализации природных, познавательных, творческих и духовных задатков с присвоением (интериоризацией) социокультурных ценностей общества в условиях личностной защищенности.

Отсюда позитивная социальная роль – это деятельность индивидуума (семьи, группы), способствующая его собственной позитивной социализации и одновременно позитивной социализации его микро- и макросоциального окружения.

Аналогичную ситуацию с дефинициями мы встречаем и в документах Всемирной организации здравоохранения ООН (далее – ВОЗ), например, в международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10).

В МКБ-10 используется термин «расстройство», поскольку термины «болезнь» и «заболевание» вызывают при их использовании *еще большие* (выделено нами – В.С.) сложности. «Расстройство» не является точным термином, но в МКБ-10 под ним подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств.

В названиях категорий термин «психогенное» не используется ввиду различий в его значении на разных языках и при разных психиатрических традициях. Тем не менее этот термин иногда встречается в тексте и указывает на то, что диагност рассматривает очевидные жизненные события или проблемы в качестве играющих важную роль в происхождении данного расстройства.

Термин «психосоматические» не используется по тем же причинам, а также для того чтобы не подразумевалось, будто при других заболеваниях психологические факторы не имеют значения в их возникновении, течении и исходе.

Также в МКБ-10 введен термин «нарушения в социально-психологической сфере» и ряд других терминов, которые в соответствии с рекомендациями ВОЗ подразумевают нарушение психологического функционирования, снижение продуктивности и препятствие к выполнению социальной роли, хотя в некоторых случаях эти термины имеют более широкий смысл.

Описанные выше дефиниции МКБ-10 направлены на объективизацию психического расстройства, независимо от культурных и социальных особенностей носителя такого расстройства. В связи с этим нам стоит подробнее проанализировать психиатрический подход к проблеме дизонтогенеза.

Основы приспособления молодого человека в социальной жизни (социальная адаптация) во многом определяются условия-

ми его развития в детском и подростковом возрасте, его адаптированностью в социальной среде.

Под социальной дезадаптацией Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Н.Б. Морозова понимают нарушение взаимодействия индивидуума со средой, которое характеризуется невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям и запросам.

Наиболее часто социальная дезадаптация в детско-подростковом возрасте проявляется в виде дезадаптации школьной, которая может быть определена как «невозможность обучения и адекватного взаимодействия ребенка с окружением в условиях, предъявляемых ему той индивидуальной микросоциальной средой, в которой он существует».

Наиболее часто школьная дезадаптация проявляется в невозможности обучения ребенка/подростка по программе, адекватной его способностям, или в невозможности следовать принятым в школе дисциплинарным нормам.

Школьная дезадаптация учащегося – ребенка или подростка – выступает в основных трех формах: нарушении обучения, нарушении поведения, нарушении контактов или в смешанных видах дезадаптации, включающих сочетание указанных признаков.

В настоящее время в России, по различным оценкам, до 2,5 млн детей школьного возраста (более 10% соответствующей популяции) нигде не учатся (на них падает 40% детско-подростковой преступности); по экспертным оценкам, от 2 до 4 млн детей бродяжничают. В Ярославской области, заметим, по данным автора и официальной статистики, ситуация на 2008 год значительно более благополучна. Но такой алармистский (от слова *alarm* – тревога) подход широко распространен в медицинской общественности, наверняка по объективным причинам.

Социальная дезадаптация детей и подростков представляет собой сложное *вторичное* (выделено нами – В.С.) социально-личностное явление, возникающее в результате нарушенного взаимодействия личности школьника и среды. К средовым факторам относятся особенности психологического климата в педагогическом коллективе, личностные характеристики учителей,

администрации и персонала школы, психогигиенические условия учебного процесса, взаимоотношения в семье, психическое здоровье родителей школьника, межперсональные отношения в среде сверстников и т. п.

Введенное разделение на первичное и вторичное нарушение, как мы увидим, многократно встретится в работах, посвященных проблематике дизонтогенеза.

В традиционном определении психиатрия – медицинская наука о распознавании и лечении психических заболеваний. При этом распознавание наряду с диагностикой включает также выявление этиологии (причины) и патогенеза (механизмов развития), исследование течения (динамики) и исхода (прогноза) психической болезни. Раздел «Лечение», по существу, содержит, кроме терапии (лечения), данные о профилактике, реабилитации, организации психиатрической помощи и социальных аспектах психиатрии.

Нельзя не отметить, что психиатрия касается не только психозов, которые составляют малую долю тех состояний, которыми занимается психиатр общей практики и тем более психиатр, работающий во внебольничных учреждениях. К этим состояниям (к предмету психиатрии, говоря языком логики и науковедения) относятся более легкие нарушения психики, не достигающие психотического уровня, то есть состояния без грубой дезорганизации психики и без существенных изменений поведения. Это так называемые субпсихотические состояния, субклинические состояния, психические нарушения амбулаторного уровня, пограничные психические расстройства, а также стойкие состояния, не являющиеся собственно психическими заболеваниями, – психопатии (уродства характера), психические недоразвития (задержки психического развития, умственная отсталость), искажения психического развития (ранний детский аутизм и многие другие).

Таким образом, правильнее сказать, что психиатрия представляет собой учение о психических нарушениях в диагностическом, этиопатогенетическом, прогностическом, лечебном, профилактическом, социально-реабилитационном аспектах (см. рис. 1).

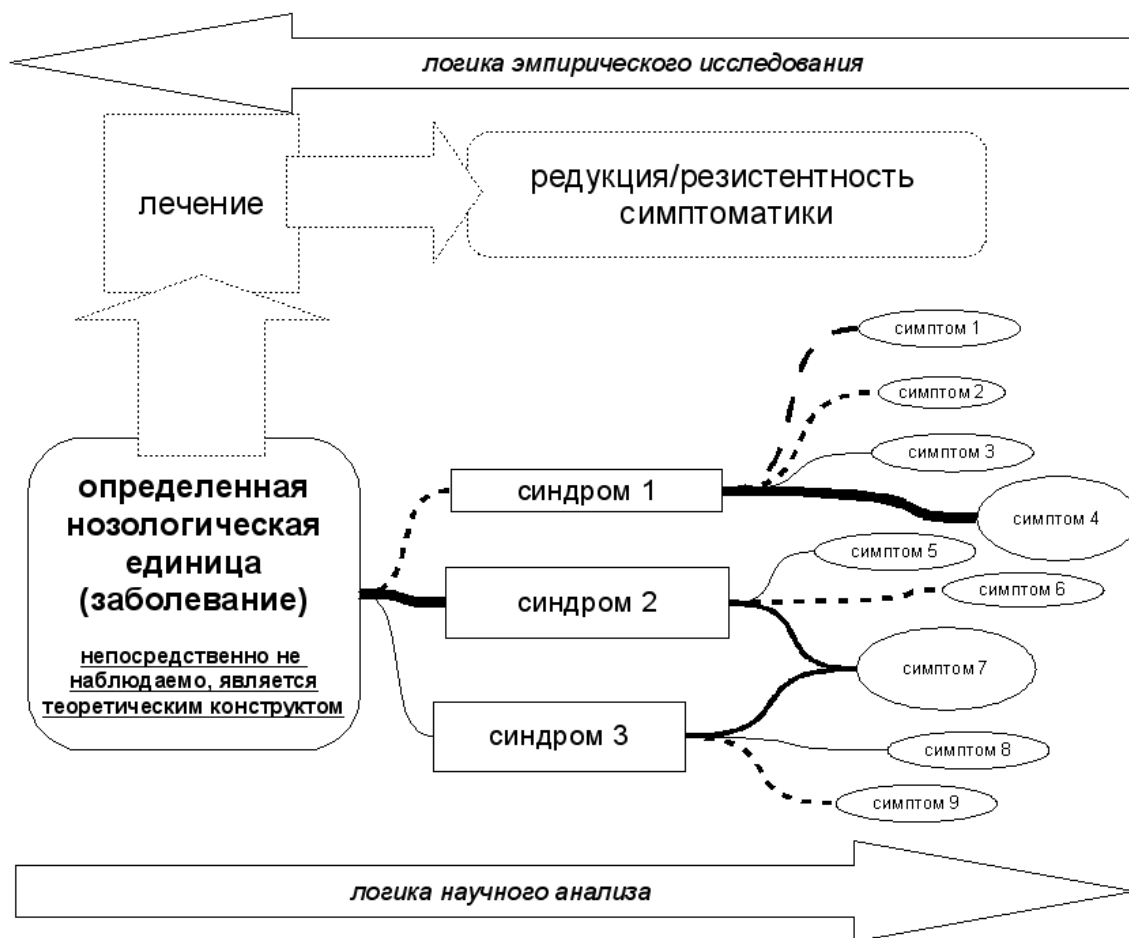


Рис. 1. Логическая схема медицинского анализа

Пограничная психиатрия представляет собой раздел психиатрии, направленный на распознавание, лечение и коррекцию приближающихся к норме состояний, промежуточных между нормой и психической болезнью (психопатий, личностных развитий, неврозов), и мягких, протекающих на амбулаторном уровне многообразных психических заболеваний.

Детская психиатрия — раздел психиатрии, занимающийся распознаванием и лечением психических нарушений во всех возрастных группах детства, в том числе подростковой.

Детство, согласно современным международным классификациям и конвенциональным документам, распространяется от рождения, то есть младенческого возраста, до юности, захватывая весь подростковый период. Каждый возрастной период имеет свою специфику (о чем мы будем говорить позже), которую нельзя не учитывать в работе детского психиатра. В последнее

время в самостоятельные отрасли выделяются младенческая психиатрия, школьная психиатрия, подростковая психиатрия. Многие детские психиатры настаивают на отделении подростковой психиатрии от детской на основании особой специфичности первой. Признавая такую специфичность и необходимость особых требований к подростковому психиатру, мы все же считаем, что детская психиатрия не может рассматриваться отдельно от психиатрии вообще, поскольку корни многих психических заболеваний, личностных уродств, неврозов и т. д. у подростков уходят в детский возраст, а также в связи с необходимостью непрерывной, преемственной лечебно-коррекционной помощи несовершеннолетнему, имеющему психические расстройства, вплоть до зрелого возраста с целью достижения максимального уровня позитивной социализации.

Отметим, что специальности и детского, и подросткового психиатра решением Минздрава были отменены в 1995 году. С этого времени все без исключения психиатры (и детские, и подростковые, и взрослые) по номенклатуре имеют одну специальность – «психиатрия». В то же время сохранены должности: детский психоневролог (психиатр для детей дошкольного возраста), детский психиатр (для детей до 15-летнего возраста), подростковый психиатр (для подростков с 15 до 17 лет включительно). В настоящее время по настойчивому предложению многих детских лечебных и научно-исследовательских психиатрических учреждений и общественных организаций (в том числе Ассоциации детских психиатров и психологов) принято предложение о восстановлении специальности «детский психиатр».

Вернемся к рис. 1. Симптом – отдельный, изолированный признак психического нарушения, «элементарная частица» болезни. Симптом психического нарушения всегда многозначен, характерен для различных заболеваний и патологических состояний. Выхваченный из общего контекста болезненных проявлений симптом не может являться основанием для установления диагноза и представляет диагностический интерес только в сочетании с другими симптомами. Например, сниженное настроение (так называемая гипотимия) не может являться основанием для квалификации состояния как депрессивного, но сочетание снижен-

ного (например, тоскливого) настроения с идеаторной (мыслительной) заторможенностью, двигательной заторможенностью, физической слабостью, разбитостью, неприятными телесными ощущениями, пониженной самооценкой, нарушением сна и аппетита уже представляет собой достаточно очерченное депрессивное состояние. В то же время нельзя не обращать внимания на особенности симптома, которые порой могут быть решающими при дифференциальной диагностике. Так, например, нелепый характер навязчивых страхов, вычурность фабулы страха (страх батареи парового отопления, ласточкиных гнезд, бабочек, пищи определенного цвета и т.п.), отсутствие его связи с психотравмирующей ситуацией уже могут настораживать в отношении прогрессирующего эндогенного заболевания (шизофрении) в детском возрасте.

Отдельный симптом приобретает диагностическое значение (в логике эмпирического исследования) только в совокупности и взаимосвязи с другими симптомами – в синдроме (что в переводе с латинского означает «совместный бег» симптомов). Различные сочетания симптомов создают множество синдромов, которым присущи свои закономерности развития (например, синдромы тоскливой депрессии, тревожно-боязливой депрессии, навязчивый, маниакальный, маниакально-кататонический, маниакально-парафренный синдромы, синдром Кандинского–Клерамбо и т.д.). Как можно видеть уже из приведенных здесь названий синдромов, очень важным для распознавания болезни является определение особенностей синдрома и его сочетания с другими синдромами. Отступление от «типичного» клинического описания синдрома, неравномерность выраженности включенных в него симптомов, появление в структуре синдрома нетипичного для него симптома или отсутствие какого-то из компонентов создают атипичный синдром. Например, депрессивный синдром называется атипичным, если в его структуре, наряду с тоскливым или тревожным аффектом, идеаторной заторможенностью, падением жизненного тонуса, выступают речевое возбуждение, переоценка собственной личности или патологическое фантазирование (у детей) экспансивного содержания. Другой пример: множественные навязчивости (движения, опасения, страхи) в атипичном обес-

сивном (навязчивом) синдроме протекают не в сочетании с пониженным настроением, а на фоне повышенного настроения – маниакального возбуждения.

Сочетание различных синдромов создает полиморфизм клинической картины болезни, или иначе – большой синдром.

Синдром психического заболевания в каждый данный конкретный момент статичен, то есть неподвижен, и представляет собой как бы фотографию патологического состояния. Между тем для каждого психического заболевания характерна определенная динамика синдрома – увеличение или уменьшение количества симптомов, смена фабулы, появление новых симптомов, нарастание или уменьшение их выраженности, наконец, превращение одного синдрома в другой или малого синдрома в большой синдром. Из последовательного видоизменения синдромов складывается клиническая картина болезни, каждой из которых присущи свои закономерности развития.

Психические заболевания (нозологические единицы) развиваются по различным стереотипам, что выражается в характере течения, которое в самом общем виде можно свести к непрерывному, приступообразному (или периодическому), приступообразно-непрерывному (приступообразно-прогредиентному, или шубообразному) и транзиторному. Каждое прогрессирующее психическое заболевание обладает свойством прогредиентности, которая проявляется в усложнении клинической картины болезни, появлении более тяжелых симптомов, нарастании атипичности синдрома, появлении больших синдромов, удлинении приступов, укорочении светлых промежутков, а также в появлении характерных для того или иного определенного психического заболевания изменений личности, характера, а у детей – и особых нарушений, искажений развития.

Прогредиентность различается по степени злокачественности заболевания – прогредиентные, среднепрогредиентные, малопрогредиентные заболевания. При тенденции к ослаблению симптоматики, упрощению клинической картины, смене более сложных синдромов более простыми говорят о регредиентном течении заболевания.

Синдромы представляют собой патологические продуктивные образования (позитивные расстройства, «плюс»-расстройства) и в течении болезни выступают не в изолированном виде, а в сочетании с признаками ущерба, упадка психической деятельности, явлениями выпадения – «минус»-расстройствами, то есть дефицитарными расстройствами. Они могут нарастать по мере течения болезни, а их выраженность и скорость возникновения обусловлены степенью прогрессивности процесса.

Дефицитарные расстройства представляют собой обычно малообратимое изменение свойств личности, обнаруживающееся после активной фазы болезни. Они включают стирание или искажение личностных свойств, их заострение, а также искажение психического развития или его задержку (инфантилизм). Заострение может касаться как общих личностных черт, в частности эмоциональности и активности, так и специфических (характерологических), например склонности к сверхценным образованиям. Наблюдаются многочисленные клинические типы дефектных состояний в зависимости от преобладания тех или иных изменений свойств личности. Выделяются, например, различные варианты шизоидного (формирующегося чаще всего за счет эмоционального сглаживания) и псевдоорганического (формирующегося обычно за счет снижения активности, критических или мыслительных способностей) дефектов. При заострении некоторых личностных свойств в сочетании со стиранием других, а также не критичности может формироваться чужаковатость личности (так называемый тип «фершробен» – от нем. *Verschrobenheit*, что значит «чужачество», «взбалмошность»). При работе с детьми особое внимание следует обращать на отставание в психическом развитии, которое может носить как тотальный, так и парциальный (частичный) характер, затрагивая различные сферы личности, в том числе и интеллектуальную (олигофреноподобный дефект).

Несмотря на значительное продвижение в понимании проблемы дезадаптации и психического расстройства, мы с огорчением обнаруживаем, что даже в «старой» психиатрии, история которой насчитывает более 300 лет, проблема нормы и отклонения столь же далека от окончательного разрешения, как и в «молодой» (менее 30 лет) специальной психологии.

Перейдем теперь к структуре адаптации, изображенной на рис. 2.

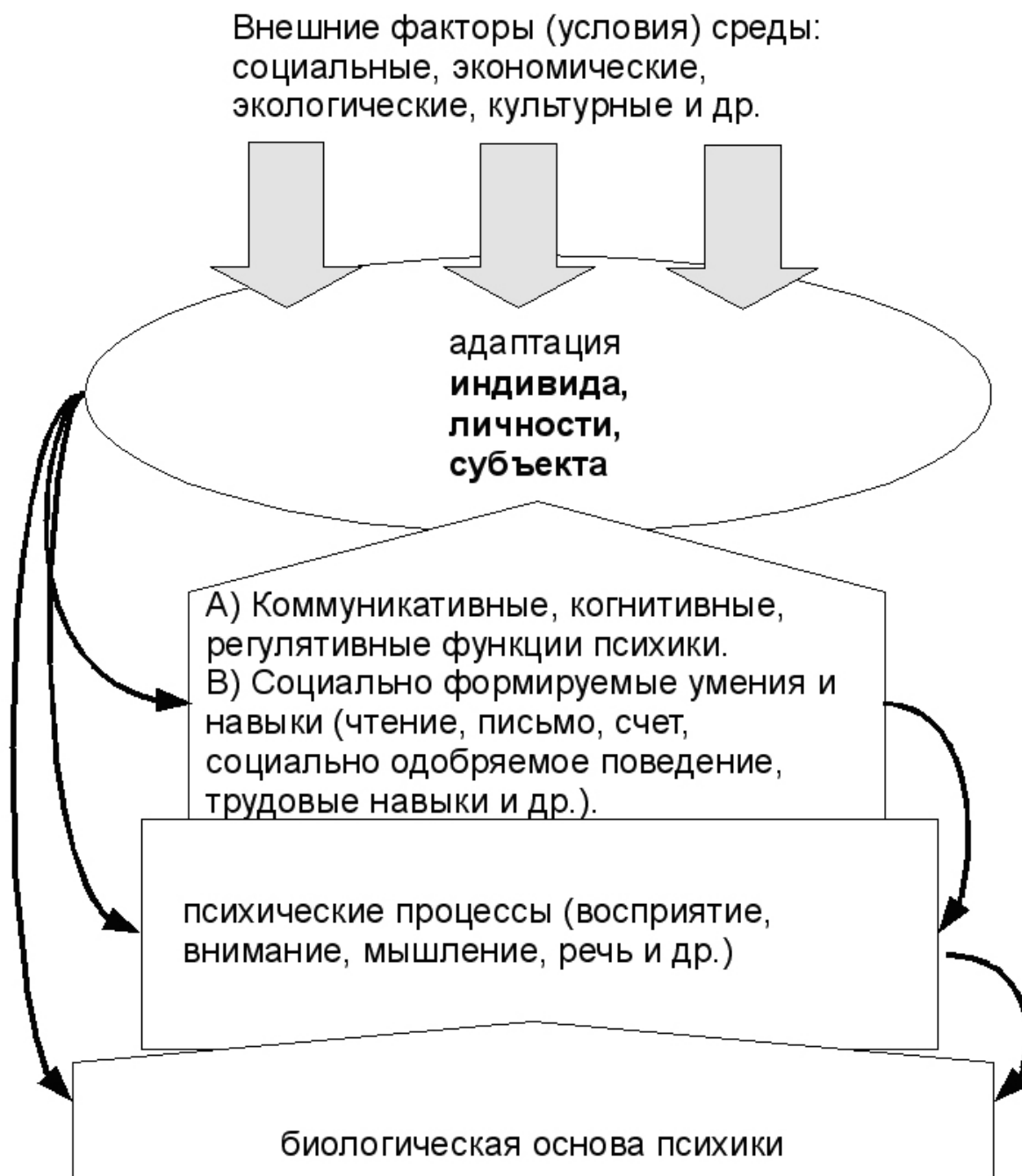


Рис. 2. Структура адаптации

Мы видим, что база адаптации – биологическая основа психики. Наиболее простым примером может послужить работа гематоэнцефалического барьера. Избирательное прохождение в мозг одних веществ из крови и задержка других – естественный

механизм. Как всякий естественный механизм, к сожалению, этот механизм дает сбой. И, к счастью, мы можем специально создавать вещества, проникающие через гематоэнцефалический барьер, воздействующие на головной мозг и психику. Такие – психотропные – вещества используются при лечении психических заболеваний. В результате нарушения гематоэнцефалического барьера нарушается естественный баланс более высокого уровня – психических процессов.

На втором уровне мы будем наблюдать уже колебания внимания, снижение памяти и др.

Следующий (третий) уровень – социально формируемые умения, общие функции психики. На этом уровне мы заметим не колебания внимания, а затруднения при выполнении привычных трудовых функций, забывчивость по отношению к коллегам, неточное прогнозирование развития ситуации и т.д. Конечно, общие функции психики и социально формируемые умения и навыки как-то связаны с нижними уровнями, но не детерминированы ими. На каждом следующем уровне появляется дополнительная степень свободы, что дает возможность не только корректировать (исправлять), но и компенсировать (замещать) нарушенную функцию.

Приведем пример. Некоторые сложнокоординированные движения при игре на музыкальных инструментах сильно затруднены при недостаточном развитии мозолистого тела, физически связывающего два полушария мозга. Если мозолистое тело (уровень биологической основы) было некоторым образом повреждено, например, при заболевании мозга в зрелом возрасте или при травме, человек почти наверняка столкнется с проблемами адаптации на высоких уровнях.

На уровне психических процессов может оказаться невозможным одновременное восприятие и движение, возникнут трудности в запоминании и воспроизведении музыкального произведения.

Это приведет на следующем уровне к изменению трудовых навыков профессионального музыканта (впрочем, похожая картина будет наблюдаться и у автогонщика). Сольное выступление музыканта станет невозможно на какое-то время, ему придется ис-

кать возможность выступления в составе ансамбля или оркестра (практически – новое место работы), в определенной степени сменится социальное окружение, иногда и место проживания. Может быть и так, что музыканту придется вообще отказаться от исполнительской работы и заняться преподаванием или настройкой...

Тогда мы сможем пронаблюдать и воздействие обратной связи. В новой среде, с новыми трудовыми функциями, окажутся востребованы немножко другие или совсем иные психические процессы. Преподавателю гораздо важнее высокий уровень речевых навыков, чем музыканту-исполнителю. Успешная работа солиста предполагает иной паттерн поведения, иные личностные и коммуникативные особенности, чем работа настройщика или музыканта в составе оркестра.

Такая перенастройка психики на новый образ жизни неизбежно приведет и к изменениям в биологической основе. Часто изменения не удастся достоверно отследить, поскольку уже в 30-летнем возрасте индивидуальные различия могут проявляться настолько интенсивно, что воздействие перемены профессии, места жительства и т.д. окажется полностью замаскированным.

Здесь важно отметить и другой существенный момент. Выделение разных уровней адаптации и всевозможных подуровней и переходных ступеней между уровнями – действие достаточно произвольное. Можно выделить не три, а восемь уровней или, напротив, всего два. Но само по себе выделение *отдельных*, хотя и взаимосвязанных уровней необходимо в принципе. Эта необходимость вызвана тем, что на современном этапе своего развития ни психология, ни физиология даже гипотетически не могут выстроить строгую (терминологически однозначную и эмпирически доказуемую) связь между жизненным выбором человека, попавшего в кризисную ситуацию (на четвертом уровне – адаптация субъекта), и индивидуальными особенностями работы дофаминэргических синапсов в его мозге. Чтобы разделить свободу воли и константность восприятия цвета, нам просто необходимо ввести несколько уровней анализа психики. А введенные уровни анализа психики требуют выделения соответствующей феноменологии, методов исследования и т.п. И в конечно итоге мы по-

лучаем несколько достаточно независимых друг от друга уровней адаптации.

Теперь вернемся к вопросу, с которого мы начали эту главу. Очевидно, что разноплановость эмпирического материала определяется разноуровневостью понимания авторами центрального конструкта специальной психологии – дизонтогенеза. Невозможно и не нужно пытаться искать нейropsychологические детерминанты когнитивных стилей, поскольку биологическая основа (предмет нейropsychологии) и общие особенности познания (предмет психологии когнитивных стилей) просто расположены на разных «этажах» адаптации. Также на разных «этажах» расположены, например, навыки здоровьесберегающего поведения и общие ценности личности, трудовые навыки и приверженность нормам профессиональной этики. Этот перечень противопоставлений можно было бы продолжить. Конечно, между этажами есть связи, но установление этих связей само по себе требует столь масштабных исследований, что и в ближайшем, и в достаточно отдаленном будущем мы неплохо защищены от угрозы чтения мыслей по характеру движений глаз.

А при анализе литературных данных будет полезно четко определить уровень, к которому относится то или иное исследование. Сравнение и взаимодополнение, как мы хорошо понимаем, возможно только для результатов, характеризующих один уровень адаптации.

Глава 2. Содержательная характеристика дизонтогенеза

Дизонтогенез

Как мы уже говорили (Н.В. Пережигина, В.К. Солондаев, 2006), в предмет специальной психологии не входят собственно клинические и медицинские аспекты нарушения (заболевания, расстройства, нозологической единицы). Специальная психология изучает дизонтогенез – развитие в неблагоприятных условиях, влияние которых превосходит компенсационные возможности человека. Здесь мы постараемся показать общий механизм искажений при дизонтогенезе (см. рис. 3).

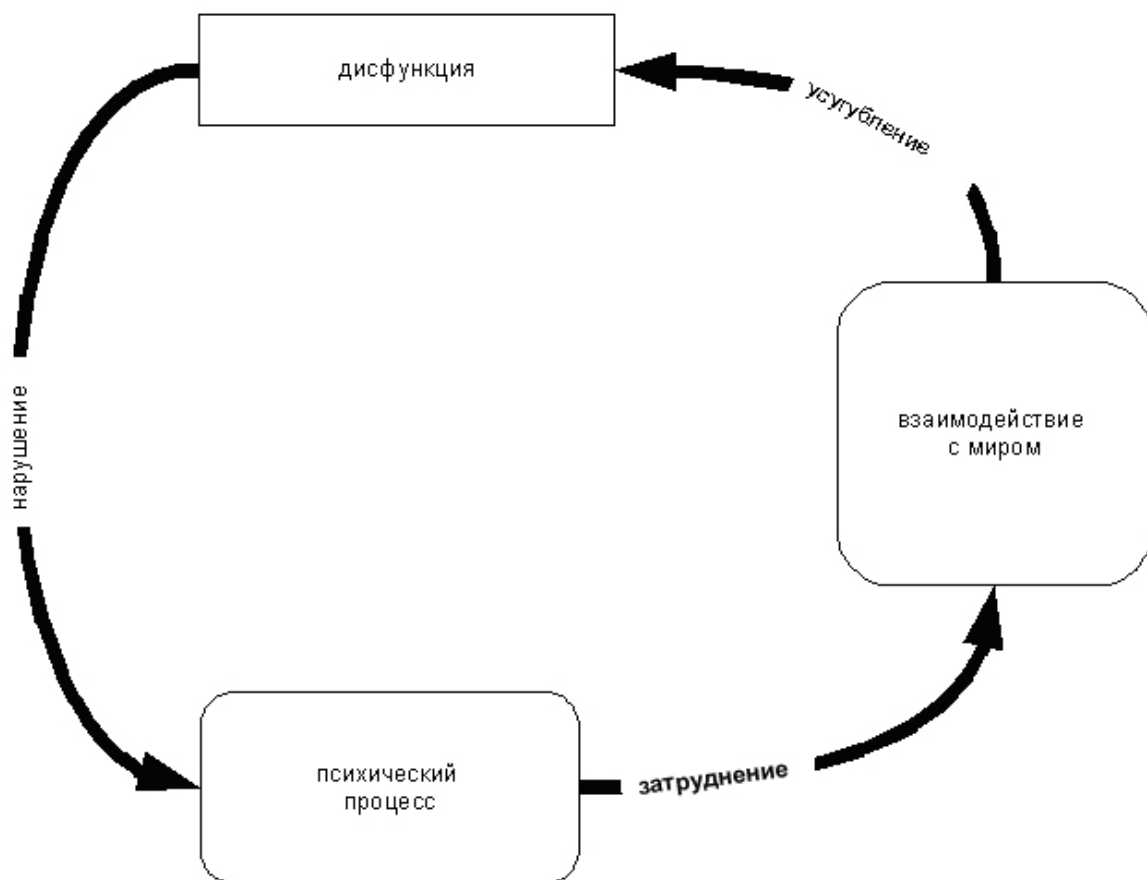


Рис. 3. Схема дизонтогенеза – формирование порочного круга

Здесь изображена схема именно дизонтогенеза, а не психического расстройства, как на рис. 1. Само нарушение в развитии (нарушенная функция, т.е. дисфункция) еще не приводит к дизонтогенетическому развитию. Именно об этом писал Л.С. Выготский, вводя метафору «социального вывиха» при нарушении в развитии ребенка. Дизонтогенез возникает не прямо в результате нарушения функции, а лишь тогда, когда нарушенная функция искажает взаимодействие человека с миром, как это изображено на рис. 3. Тогда формируется порочный круг дизонтогенеза – дисфункция приводит к изменению взаимодействия с миром, а изменение взаимодействия с миром за счет обратной связи усугубляет нарушение этой функции.

Выходом, с точки зрения Л.С. Выготского, может быть выстраивание «обходного пути» взаимодействия ребенка с миром. Этот путь (на рисунке не показан) должен выстраиваться так, чтобы дисфункция не искажала взаимодействие с миром.

Приведем пример с нарушением слухового восприятия. Как известно, в раннем возрасте снижение слуха не приводит к блокировке генетической программы развития речи. Слабослышащий ребенок начинает гулить в том же возрасте, что и его здоровые сверстники. И если слуховая депривация не будет компенсирована, его речевое развитие замедлится. Вначале это будет лишь отставание, но затем разрыв со здоровыми сверстниками будет нарастать и может стать необратимым, если не предпринимать специальных мероприятий. Но само по себе отсутствие речи не приводит к заметному нарушению психического развития. Нарушение психического развития возникает вследствие сужения взаимодействия ребенка с миром, когда ребенок не слышит того, что ему говорят близкие, не может по этой причине выполнять их просьбы (поведение), радоваться вместе с ними (эмоции) и т.д. Нарушение начинает формироваться в соответствующем сензитивном периоде. Развитие речи начинается в раннем возрасте, следовательно, дизонтогенетические проявления у слабослышащего ребенка будут заметны достаточно рано, но проявятся они не с момента рождения. Этим разрывом между проявлением и моментом возникновения обусловлены, в частности, многочисленные трудности своевременной диагностики и нарушений в

развитии (дисфункций) и собственно дизонтогенеза. Если нарушение слуха своевременно диагностировано и ребенку проведена кохлеарная имплантация (в слуховой проход введен специальный слуховой аппарат), дальнейшее развитие такого ребенка будет протекать без явных отличий от развития его здоровых сверстников, за исключением необходимости обслуживания кохлеарного имплантата. Если кохлеарная имплантация невозможна, то необходима специальная организация речевого развития ребенка. Используя зрительный анализатор, можно подкрепить генетически детерминированную речевую активность, избежать грубого нарушения речи и даже обучить ребенка чтению речи по губам. В противном случае мы будем наблюдать динамику дизонтогенеза, изображенную на рис. 4.

Такой вариант дизонтогенеза сложится не сразу. Вначале мы имеем дело с относительно изолированной дисфункцией (рис. 3) и лишь в ходе развития изолированная дисфункция приводит к развернутому дизонтогенезу (рис. 4). Дизонтогенез разворачивается потому, что взаимодействие с миром постоянно расширяется, следовательно, дисфункция начинает проявляться и в тех областях взаимодействия с миром, к которым она исходно не относилась. Автор выражает свою глубочайшую признательность Любови Вадимовне Кочкиной – ученому и практику в области клинической и специальной психологии – за обсуждение и помощь в разработке логического содержания схем, приведенных на рис. 4 и 5.

Как мы видим на рис. 4, первично нарушенная функция приводит к искажению взаимодействия с миром. Это взаимодействие специфично как для нарушенной функции, так и для соответствующего сензитивного периода. Например, формирование поведенческих навыков младшего школьника – так называемых общеучебных навыков (третий уровень адаптации на рис. 2) – строится на основе правильного понимания речевой инструкции. У слабослышащего или неслышащего ребенка такое понимание с высокой вероятностью окажется нарушено, если с ним не проводить специальной работы. На втором уровне адаптации мы также будем наблюдать некоторые нарушения в формировании внима-

ния, памяти, даже восприятия, хотя эти процессы не были первично затронуты слуховым расстройством.

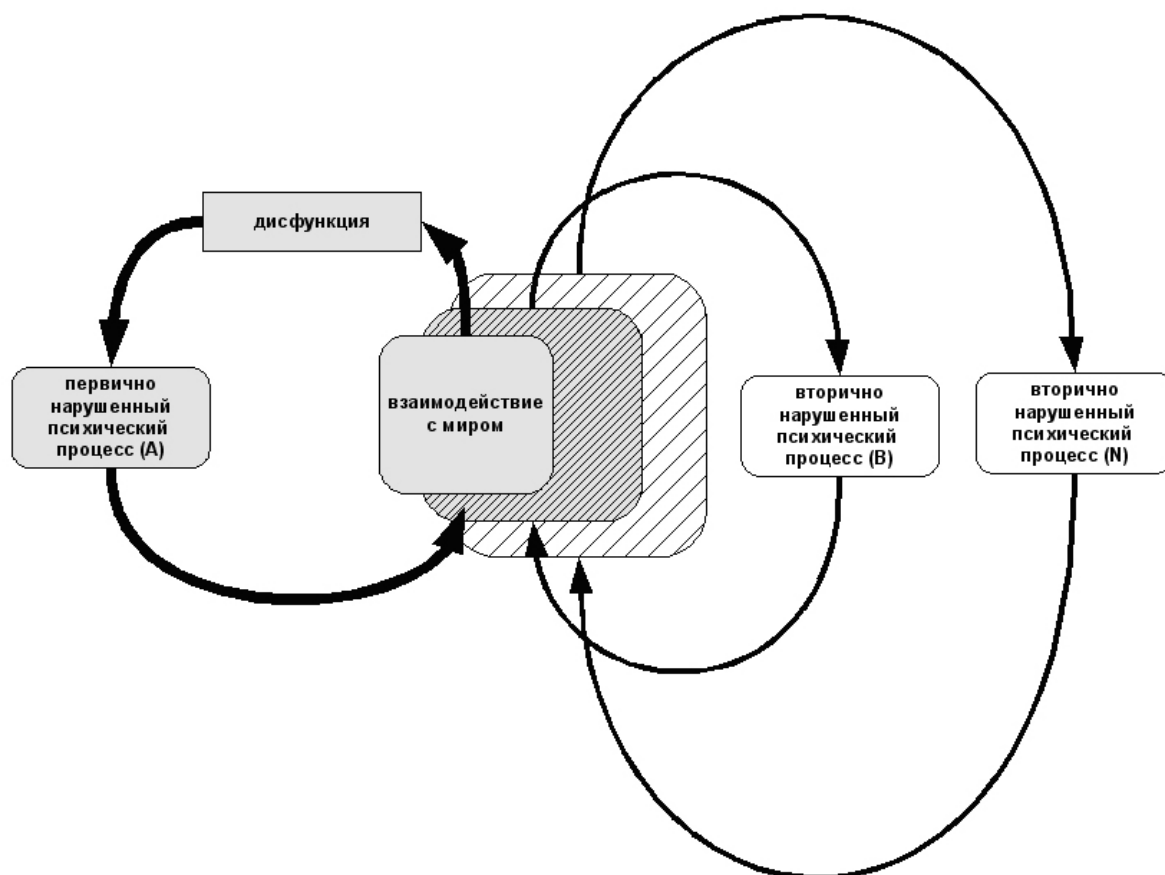


Рис. 4. Схема дизонтогенеза при врожденном нарушении

Итак, взаимодействие человека с миром постоянно расширяется, но новые уровни, способы и формы этого взаимодействия строятся на базе ранее сформированных. Потому при наличии искажения во взаимодействии с миром на одном из первичных уровней трудно ожидать отсутствия связанных искажений на всех последующих уровнях. Заметим, что конкретный характер и форма дизонтогенеза определяется отнюдь не первичной дисфункцией, а связанным с первичной дисфункцией нарушением взаимодействия с миром. Характер течения расстройства (патогенез), вызвавшего дисфункцию, при взаимодействии с миром, конечно, имеет существенное значение, но проявляется первичная дисфункция не прямо, а опосредованно, через нарушение взаимодействия с миром. Именно поэтому предметом специальной психологии является дизонтогенез – развитие в условиях на-

рушенного взаимодействия с миром, а не патогенез нарушения слуха, как в приведенном выше примере.

С описанными закономерностями дизонтогенеза связаны серьезные проблемы классификации видов и форм дизонтогенеза. С одной стороны, медицинская и клинико-психологическая классификация по нозологическим группам, лежащим в основе дизонтогенеза, хороша своей объективностью и логической четкостью. С другой стороны, такая классификация не является классификацией собственно дизонтогенеза, а является классификацией *причин* дизонтогенеза, что отнюдь не одно и то же. Наконец, при попытке классифицировать собственно дизонтогенез мы неизбежно столкнемся с тем, что при одном и том же первичном расстройстве внешние проявления дизонтогенеза могут оказаться чрезвычайно разными (в приведенном выше примере как при наличии или при отсутствии кохлеарного имплантата, так и при проведении сурдопедагогической работы или ее отсутствии, мы увидим совершенно разное развитие). В то же время мы можем увидеть сходный дизонтогенез при совершенно разных первичных нарушениях. Например, ранний детский аутизм часто делает обучение ребенка практически невозможным и приводит к таким же дизонтогенетическим проявлениям, что исходное интеллектуальное нарушение. И эта особенность дизонтогенеза усложняет не только его диагностику, но и диагностику первичной дисфункции.

Собственно дизонтогенетические проявления (симптомы, изображенные на рис. 1) не бывают однозначно связаны с нозологической группой, о чем мы писали в главе 1. Связь эта всегда опосредована – для этого в медицине вводятся категории синдромов, потому сама нозологическая группа является именно теоретическим конструктом, нуждающимся в верификации. Впрочем данный вопрос в большей мере относится к медицине, медицинской и клинической, а не специальной психологии.

Исходное нарушение не всегда бывает врожденным, оно может возникнуть и в достаточно зрелом возрасте. Выше мы уже приводили пример с музыкантом, профессиональная деятельность которого была заблокирована нарушениями на уровне мо-

золистого тела. И таких примеров можно привести много, о чем хорошо знают врачи-травматологи.

В целом принято считать, что приобретенное первичное расстройство – фактор, определяющий сравнительно более благоприятный прогноз именно в отношении развития дизонтогенетических проявлений, отнюдь не в отношении динамики первичного нарушения. В отношении дизонтогенеза ситуация понятна – мы имеем дело с сохранным ядром взаимодействия с миром. Это ядро (размер его бывает разным) служит здоровой основой, на которой можно строить, по терминологии Л.С. Выготского, «обходные пути» взаимодействия с миром. Очевидно, что возможность использовать сохранное ядро, сформировавшееся естественным путем, даже если оно затронуто первичным нарушением, существенно облегчает задачу установления возможно более адекватного взаимодействия человека с миром. В неврологии известно немало случаев успешного восстановления человека после перенесенных во взрослом возрасте инсульта или черепно-мозговой травмы. В раннем детском возрасте такая же ситуация могла бы иметь гораздо более тяжелые последствия именно в плане онтогенеза. Пластичность детской психики, настроенной на постоянное освоение новых форм взаимодействия с миром, делает ее более уязвимой к дизонтогенетическому влиянию. Можно сказать, что врожденная первичная дисфункция сразу встраивается в структуру взаимодействия с миром, не встречая сопротивления уже сложившихся способов взаимодействия, как это происходит в случае приобретенного первичного нарушения (см. рис. 5).

Сохранившееся ядро играет существенную роль в ходе дизонтогенеза, однако на рис. 4 – 5 изображено не только первичное нарушение, как на рис. 3. Взаимодействие с миром постоянно развивается, относительно стабилизируясь лишь в зрелом возрасте. Поэтому специальная психология, предметом которой является дизонтогенез, уделяет основное внимание не взрослым, а детям. Строго говоря, рассмотрение специальной психологии как психологии детского дизонтогенеза теоретически необоснованно. Однако сам предмет – дизонтогенез – таков, что его изучение наиболее актуально именно в детском возрасте. И именно в дет-

ском возрасте мы можем изучать дизонтогенез наиболее доказательно. Образно говоря, при изучении дизонтогенеза взрослых мы столкнемся с необходимостью сначала в полном объеме разрешить проблему адаптации, описанную в главе 1. Затем нам придется решить проблему индивидуальных различий. И лишь после этого, практически построив целостную теорию психики, мы сможем разделить проявления дизонтогенеза и нормогенеза в зрелом возрасте. При существующем уровне развития наук о человеке попытка решения такой задачи требует необоснованного оптимизма.

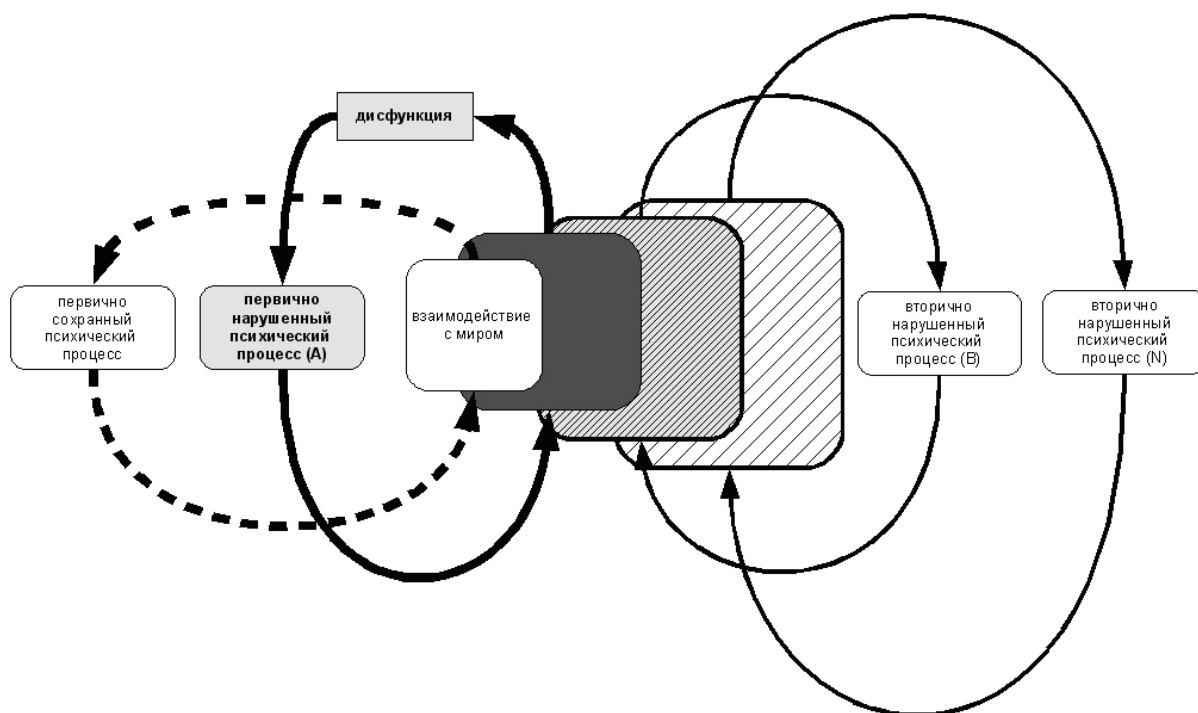


Рис. 5. Схема дизонтогенеза при приобретенном нарушении

Так как скоро мы сталкиваемся с необходимостью использования понятия сензитивного периода для характеристики дизонтогенеза, обсудим этот вопрос подробнее.

Один из основных вопросов психологии, как считает Е.А. Сергиенко, – вопрос о детерминации психического. Ответ на вопрос о взаимодействии биологических или генетических и средовых или социальных факторов определяет практику воспитания, обучения, коррекции нарушений. В настоящее время исследование раннего (младенческого) возраста уже позволяет получать достаточно точные и надежные результаты. Интеграция

разных областей психологического знания, взаимопроникновение исследовательских подходов способствуют осознанию единого предмета в изучении человека (Б.Г. Ананьев для этих целей вводил понятие «человекознание»). Одной из основных задач психологии становится построение все более общих принципов психологии человека. Принцип развития может стать одним из них.

С точки зрения Е.А. Сергиенко, в психологии когнитивного развития и психологии раннего детства произошла революция. Коренным образом изменились следующие научные представления.

1. Изменения в представлении о происхождении житейских знаний.

Младенцы не «проходят длинный путь» от ощущения к понятиям, как считалось ранее. С самого раннего возраста младенец наделен организующими принципами, позволяющими репрезентировать мир и «понимать» законы его существования. Житейские знания о физическом и социальном мире появляются спонтанно и легко, а некоторые из них проявляются уже в течение младенчества, например, конструкторы непрерывности и субстанциональности. Таким образом, младенец – не сенсомоторный, а репрезентативный индивид, наделенный способностью структурировать и упорядочивать мир.

2. Формирование понятий происходит не однонаправленно – благодаря действиям (так считали Ж. Пиаже, А.Н. Леонтьев). Скорее восприятие и действие – составляющие единой системы **взаимодействия с миром** (выделено нами. – В.С.), управляемые общими законами.

1. Генетические влияния на развитие интеллекта в младенческом возрасте минимальны, их значение повышается до максимума у пожилых людей.

2. Предвосхищение еще не наступивших событий – антиципация – имманентное свойство любого психического процесса – от сенсомоторного акта до творчества. Однако проявляться оно может в разных формах (избирательность и упреждение). Антиципация связывает в цепь прошлое, настоящее, будущее. Здесь уместно вспомнить когнитивную, регулятивную, коммуникативную функции психики, введенные Б.Ф. Ломовым и изображен-

ные на рис. 2. Регресс, кстати, тоже носит антиципирующий характер, например, приспособление к миру с учетом инволюции психических функций в старости сопровождается сужением сферы интересов, спектра активности и др. Если мы рассматриваем континуум поведенческих актов, где каждый последующий реализуется на основе оценки результатов предыдущего, то релизер (ключевой стимул, запускающий поведенческий акт согласно терминологии этологического и бихевиористского подхода) – лишний элемент в континууме. По мнению некоторых авторов (например, И.М. Фейгенберг), психологическим механизмом шизофрении является нарушение вероятностного прогнозирования, что приводит к патологическим формам деятельности. Действительно, в клинической психологии достаточно хорошо описано, что в социальном аспекте соотнесение наличной ситуации с прошлым опытом у больных шизофренией отнюдь не такое, как в норме. Поэтому в критерии развития должна входить способность к антиципации.

Используя категорию развития, мы неизбежно столкнемся с необходимостью ее операционализации – разработки конкретных критериев развития. Е.А. Сергиенко считает, что такие критерии уже могут быть выработаны. Функциональное обогащение развивающихся систем, показатель которого – увеличение степеней свободы их внутренних и внешних связей – новый функциональный критерий развития, в отличие от старого – структурного.

Л.И. Анцыферова, Д.Н. Завалишина, Е.Ф. Рыбалко предлагают несколько критериев развития.

1. Системные (степень интегрированности, организованности, разнообразие внутрисистемных отношений и отношений со средой).

2. Энергетические (эффективность, экономичность, интенсивность использования собственной энергии системы).

3. Информационные (эффективность накопления информации о среде и адекватность регуляторных механизмов).

4. Экологические (степень приспособленности к условиям среды, объем «экологической ниши», степень автономности).

В целом прогрессирующая (развивающаяся) система накапливает пластичность и возможности дальнейшего поступательного развития, что вновь возвращает нас к понятию антиципации.

Системогенез психики (понятие введено П.К. Анохиным) характеризуется следующими чертами:

1. Гетерохрония (естественная неравномерность – наличие сензитивных периодов).

2. Консолидация.

3. Минимальное обеспечение (функция работает до того, как полностью созреет).

Среди инноваций, предлагаемых Е.А. Сергиенко, следует особо выделить различие критического периода (кризиса) и сензитивного периода. Кризисные (критические) периоды, по Е.А. Сергиенко, представляют собой достаточно редкое явление, когда определенное воздействие является необходимым условием нормального развития – чаще всего на фоне анатомо-морфологических изменений, внутренней перестройки. Например, в период интенсивного роста подростка соответствующее питание является необходимым фактором роста. А таких периодов в течение всей жизни человека достоверно зафиксировано немного. В остальных случаях корректнее говорить о сензитивном периоде – средовое воздействие значимо для функции, но не является в строгом смысле необходимым (при неадекватном средовом воздействии мы получаем не «ноль функции», а «плохо работающую функцию»).

Сензитивный период – своеобразный фильтр средовых влияний. Сензитивный период локализован в процессе нормального развития функции – до, в течение, после перехода к более высокому уровню фенотипической спецификации. И эта локализация специфична для разных аспектов фенотипа. Несоответствие средового воздействия диапазону пропускания фильтра приводит к отклонениям от нормы. Путь отклонения зависит от формы фильтра, времени возникновения несоответствия и степени эластичности / пластичности фенотипа.

И здесь возникают категории пластичности и эластичности.

Эластичность – возврат к прежнему или нормальному состоянию, она является синонимом толерантности, устойчивости к средовому воздействию.

Пластичность – модификация фенотипа под влиянием среды.

Понимая ограничения в развитии психической функции, можно реалистично строить коррекционную работу, прогнозируя воздействия по типу эластичности или по типу пластичности. Если речевая задержка в возрасте 2,5 лет обусловлена только слишком быстрым пониманием ребенка близкими (без речи), при сохранности основных речевых структур (импрессивная речь, различение фонем, артикуляция фонем, невербальная символическая коммуникация), мы можем ожидать эластичности и восстановления до максимально высокого уровня. А при депривационной по происхождению задержке речевого развития, выявленной в возрасте 7 лет следует ожидать того, что структура речевой функции претерпела существенные изменения, тогда мы ожидаем лишь пластичности – своего рода *новой* функции, сформированной *из нарушенной*, но похожей по проявлениям на норму (выделено нами. – В.С.).

В связи с этим уместно вспомнить, что В.В. Ковалев выделяет следующие четыре уровня возрастного реагирования:

- 1) соматовегетативный – у детей от рождения до 3 лет,
- 2) психомоторный – от 4 до 7 лет,
- 3) аффективный – от 5 до 10 лет,
- 4) эмоционально-идеаторный – от 11 до 17 лет.

Хотя эти уровни жестко связаны с возрастом и являются именно уровнями реагирования, т.е. неспецифичны к содержанию средового воздействия, их возрастная локализация хорошо согласуется с отечественными периодизациями детского развития, подтверждая идею именно сензитивных (в описанном выше смысле), а не кризисных периодов. Важно обратить внимание на другой момент – в практике работы с ребенком имеет большое значение некоторая «общая окраска» его реакции на средовое влияние. Эта окраска определяет характер дизонтогенеза, впервые проявившегося в соответствующем возрасте.

Рассмотрим подробнее модель влияния средового воздействия на психическую функцию в сензитивном периоде – модель

Готтлиба – Эйслина, приводимую Е.А. Сергиенко для иллюстрации изложенных выше положений (рис. 6).

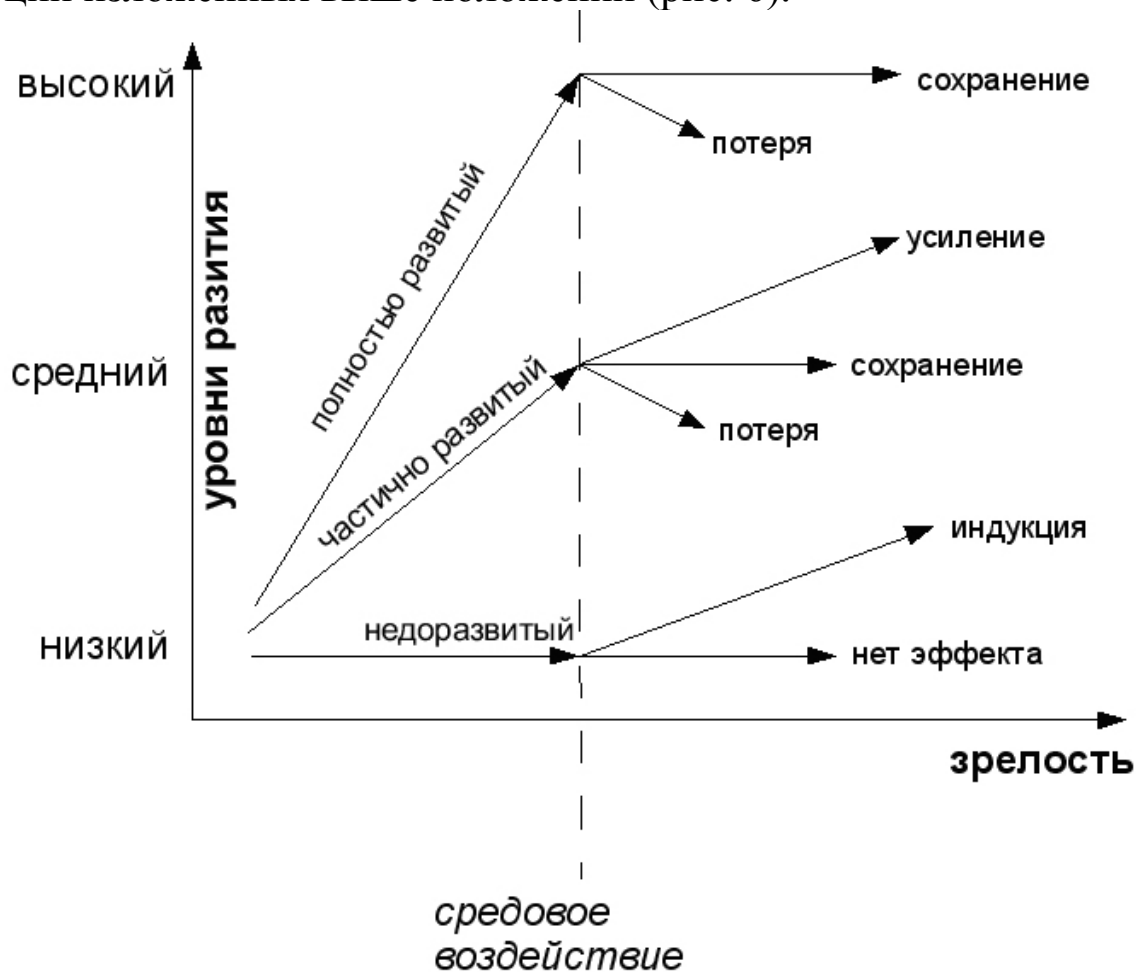


Рис. 6. Типы изменений функции при взаимодействии с опытом среды

Мы видим, что всего возможны три уровня развития функции к началу сензитивного периода: высокий, средний, низкий. И три варианта развития функции – усиление, сохранение, потеря. Приведем примеры, двигаясь сверху вниз по схеме.

Если в сензитивный период быстрого роста подростков отсутствует соответствующее питание, то неадекватное питание (средовое воздействие) нарушает кривую роста. Иначе – рост остается без изменений. Если неадекватное питание не попадает на период быстрого роста, мы также не наблюдаем изменений. (Gottlieb / Готтлиб, 1976).

Достоверно установлено, что пропорции нейронов ориентационной чувствительности из представленного от рождения ком-

плекта (у котят) могут потерять чувствительность без адекватной стимуляции в раннем постнатальном периоде. Вертикальный и горизонтальный зрительный опыт стимулирует лишь соответствующую чувствительность – вертикальную или горизонтальную, а диагональный зрительный опыт – ту и другую. (Blackmore, Cooper / Блекмор, Купер 1970; Levental, Hirsh / Левенталь и Хёш, 1975).

И наконец, развитие речи. Многократно описано, что адекватный речевой опыт индуцирует речь, но лишь тогда, когда попадает на сензитивный период. В противном случае функциональная система закрывается и речь остается дефицитарной (Н.В. Пережигина, 2004, 2006, 2007).

Первичные и вторичные проявления дизонтогенеза. Сложный дефект

Теперь перейдем к рассмотрению дифференциации проявлений дизонтогенеза на первичные и вторичные. Схема порочного круга дизонтогенеза (рис. 3), схемы дизонтогенеза при врожденном и приобретенном нарушении (рис. 4 и 5) отражают логическое основание деления дизонтогенетических проявлений на первичные и вторичные. В главе 1 мы уже сталкивались с этим разделением. Рассмотрим его подробнее, используя схему В.М. Сорокина, модифицированную нами. В разных вариантах схема приведена на рис. 7 – 9.

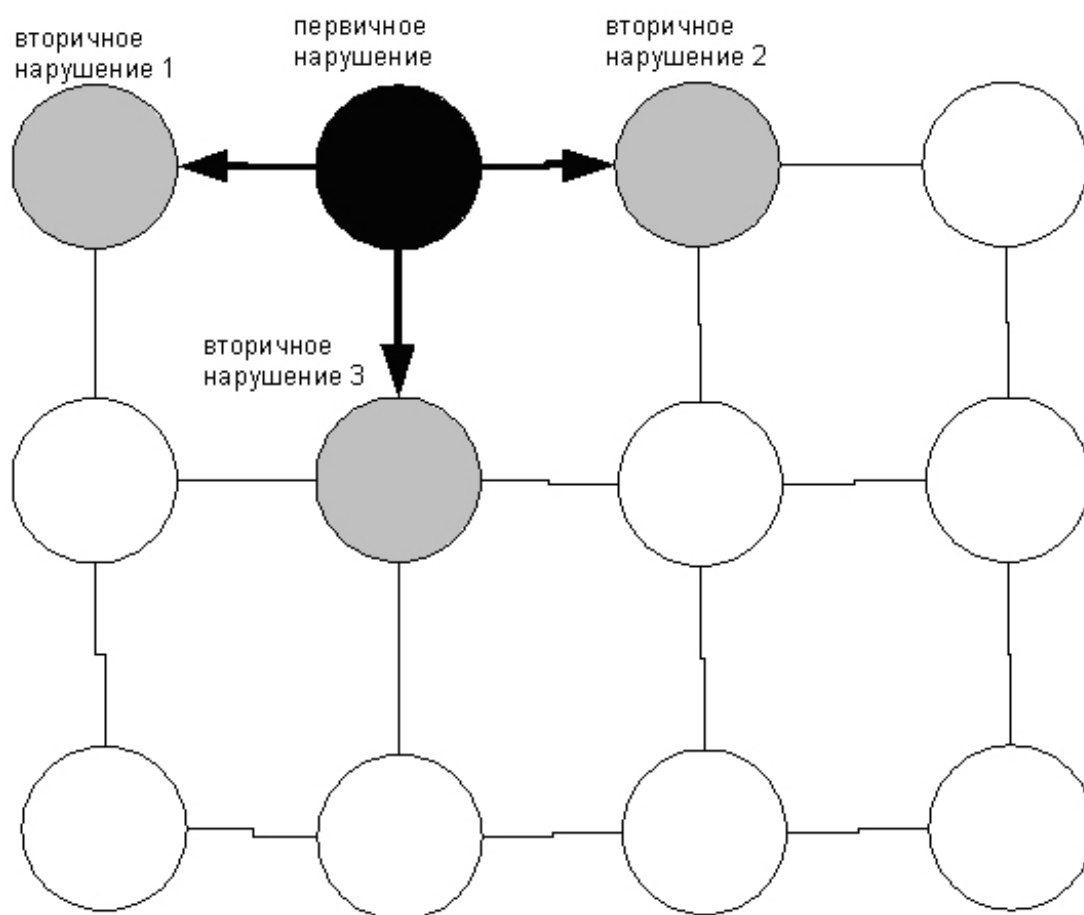


Рис. 7. Взаимосвязь психических функций

На рис. 4 – 6 вторичные нарушения изображены возникающими по мере расширения взаимодействия с миром и вовлечения в это взаимодействие новых психических функций. Но такой механизм связи не является единственным. Функции могут быть связаны друг с другом более прямо, а не только опосредованно – через взаимодействие с миром. Такая связь изображена на схемах, предложенных В.М. Сорокиным и модифицированных нами. Одна функция может быть прямо связана с другими, точнее говоря, одна функция для удобства изучения может рассматриваться как несколько функций, связанных между собой. Например, фонетический, фонематический слух, артикуляция прямо связаны в целостной функции понимания и порождения речи, хотя возможность их изолированного нарушения свидетельствует о существовании разных механизмов, лежащих в основе этих функций. Более тесная и сложная связь между различными составляющими значения слова в речи. Существуют и моторные, и образные (разных модально-

стей), и мыслительные, или интеллектуальные, составляющие значения. И соотношение отдельных составляющих будет различаться, скажем, для существительных «дизонтогенез» и «яблоко». Также мы наверняка найдем различия между глаголами и существительными (в соотношении зрительных и моторных компонент) и еще много других различий. Но в данном случае нас будут интересовать не столько эти очень важные при других условиях различия, сколько сам факт прямой и тесной связи зрительной, слуховой, моторной составляющих значения слова. Тогда при первичной интеллектуальной дисфункции мы сможем пронаблюдать прямо связанные с ней вторичные нарушения речи – трудности использования даже простых обобщающих слов – «яблоко» (это тоже обобщение, т.к. яблоки бывают разные), «фрукты» (обобщение более высокого уровня, чем «яблоко»). Подчеркнем, что эти нарушения не связаны с тем, что первичная интеллектуальная дисфункция заметно ограничивает взаимодействие ребенка с миром в отношении фруктов, в частности яблок. Механизм возникновения здесь иной: видя соответствующие объекты, взаимодействуя с ними, ребенок не обобщает свое взаимодействие. Так, при одной первичной дисфункции мы неизбежно получаем несколько вторичных – или сразу, или по мере развития отношения с миром. Этот механизм изображен на рис. 7. Но нас будет интересовать то, что происходит в психике при нескольких первичных дисфункциях. В практике такая ситуация традиционно обозначается термином сложный дефект. Сложный дефект – любое сочетание нескольких достоверно диагностированных первичных нарушений. Схема сложного дефекта изображена на рис. 8 и 9.

Выше мы намеренно использовали пример с нарушением речи при интеллектуальном недоразвитии, поскольку это нарушение в отечественной дефектологической традиции не описывается как самостоятельное расстройство, а как сопутствующее расстройство в структуре основного – интеллектуального. Аналогичного подхода придерживается и ВОЗ. На рис. 8 мы попытались изобразить следующую метафору, отражающую суть сложного дефекта: *«нарушения (дисфункции) не суммируются, а умножаются»*. Если, например, при описанном выше интеллектуальном недоразвитии мы встретимся с нарушением опорно-

двигательного аппарата, то сложится ситуация, изображенная на рис. 8. Мы видим, что, формально говоря, первичных нарушений (дисфункций) две, а вторичных пять. Но в действительности мы наблюдаем уже не две, а три (иногда больше – в зависимости от содержания сложного дефекта) практически одинаковых по силе и практически одновременно возникших дисфункций. Первичные нарушения 1 и 2 начали разрушительное воздействие с момента своего возникновения, поэтому в диагностике (см. логику эмпирического исследования на рис. 1) не всегда возможно скольконибудь доказательно установить, что первичных нарушений именно два, а не три. Но в практике работы со сложным дефектом мы наверняка неоднократно столкнемся с такой ситуацией, когда само по себе выделение первичных и вторичных нарушений (дисфункций) станет невозможно, если мы не имеем достоверных данных о развитии ребенка до момента обследования (см. рис. 9).

Еще раз приведем метафору: «нарушения (дисфункции) не суммируются, а умножаются». Обоснуем ее логически. Для этого введем различие первичного, вторичного и производного нарушений.

Заметим, что на рис. 7 – 9 даже не изображены петли обратной связи, приводящие к формированию порочного круга дизонтогенеза (см. рис. 3), и влияние первичного нарушения на вторичные не различается по силе. Мы принимаем, что только два первичных нарушения совместно могут индуцировать равное по выраженности вторичное. И несмотря на это, только с допущением производных нарушений, индуцированных не менее чем двумя вторичными, на рис. 9 получается почти безрадостная картина – лишь две относительно сохранных функции. Относительным утешением может послужить то, что такая ситуация наблюдается не всегда. Но метафора умножения дисфункций сохраняет силу и приходится признать, что иногда ситуация складывается лучше, чем на рис. 9, но иногда и хуже: даже частично сохранных функций при сложном дефекте может не оставаться.

В главе 4 при обсуждении компенсации и коррекции дизонтогенеза мы еще вернемся к проблеме сложного дефекта и постараемся показать, что практическая работа даже в такой сложной

ситуации может быть достаточно успешной, если правильно определить объект и «мишень» этой работы.

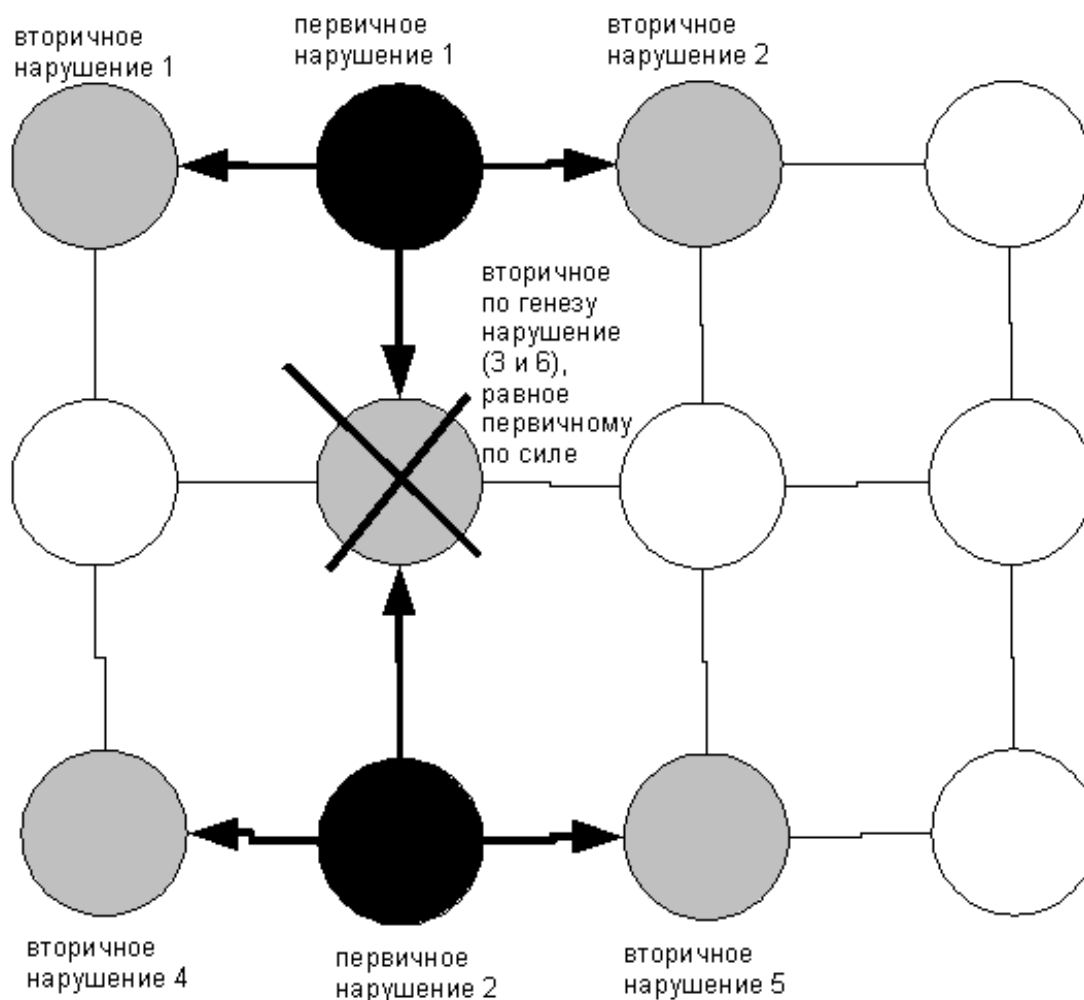


Рис. 8. Взаимосвязь психических функций при нескольких нарушениях

А здесь нам будет полезно еще раз вернуться к рисункам 1 и 2, чтобы с опорой на информацию из главы 2 заново оценить всю сложность концептуально строгого описания дизонтогенеза, обсуждавшуюся в главе 1.

В следующей главе мы приведем достаточно краткие характеристики наиболее распространенных и наиболее значимых вариантов дизонтогенеза. Эти характеристики не приводятся в первых главах потому, что даже классификация, тем более описание, дизонтогенеза требует значительного объема подготовительной работы, как мы постарались показать в главах 1 и 2. В настоящее время

специальная психология не готова выполнить такую задачу в полном объеме, и нам придется примириться как с повторами, так и с пропусками при описании конкретных форм дизонтогенеза.

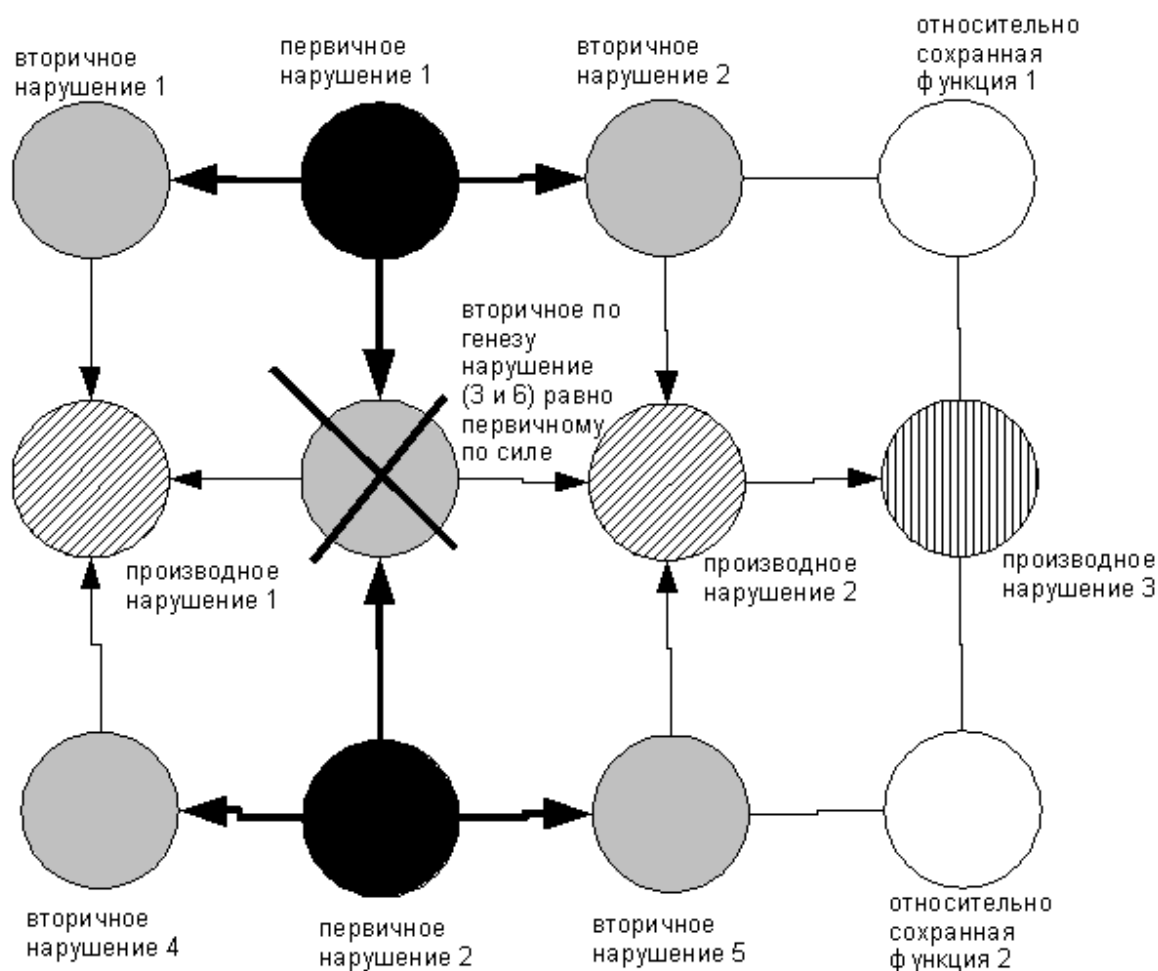


Рис. 9. Взаимосвязь психических функций – сложный дефект

Глава 3. Типичные проявления дизонтогенеза

Нарушения зрения

Опишем нарушения зрения, опираясь на работы Л.И. Солнцевой. Это позволяет во многом избежать противоречий в концептуальных подходах, но приводит к известной односторонности освещения вопроса. Поэтому мы рассматриваем дизонтогенез при нарушениях зрения с точки зрения практики работы по коррекции и компенсации дизонтогенеза в раннем возрасте, особое значение которого для когнитивного развития было показано в главе 2.

Сложно не согласиться с Л.Н. Солнцевой в том, что существуют различия в понимании психического развития слепого ребенка. Эти различия обусловлены тем, что одни авторы рассматривают слепого прежде всего как аномальный организм (человек минус зрение), другие же видят в нем активную развивающуюся личность, все более восполняющую непосредственные дефекты наглядного восприятия комплексной опосредованной познавательной деятельностью. Выше мы достаточно подробно обсуждали эту проблему.

Л.Н. Солнцева уделяет особое внимание активному характеру компенсации слепоты. Формирующееся у человека представление может соответствовать объекту независимо от того, воспринимается он зрительно или осязательно. Исследования отечественных тифлопедагогов показали, что дети с недостатками зрения правильно и адекватно отражают объективный мир как в субъективных чувственных образах, так и в понятиях. Это достигается в специально организованных условиях, способствующих формированию компенсаторных процессов.

Для слепых детей характерны неравномерность развития психики на различных возрастных этапах и появление и развитие процессов компенсации дефекта за счет использования деятель-

ности сохранившихся анализаторов. Родителям важно знать, что без умения слепого на основе использования сохранившихся анализаторов создавать правильное отображение внешнего мира невозможна компенсация слепоты, без этого умения он оказывается беспомощным. Исследование чувствительности различных анализаторов у слепых показало, что различия между слепыми и зрячими зависят не от уровня развития чувствительности, а связаны с индивидуальными различиями. Утонченность и натренированность воспринимающего аппарата не являются решающими факторами в вопросах компенсации слепоты. Здесь идет речь о детях, слепых от рождения, если прямо не оговаривается иное, хотя различия между слепыми и слабовидящими могут быть весьма значительны.

Исследования познавательных процессов, проводящиеся в проблемной лаборатории и на кафедре тифлопедагогики ЛГПИ им. А.И. Герцена, показали, что не обнаружено прямой зависимости развития психических процессов от остроты центрального зрения детей. Доказана прямая зависимость от обучения, от того, насколько целенаправленно и своевременно проводилась работа по обогащению чувственного опыта, созданию системы представлений у детей.

Система компенсации слепоты складывается из ряда психических процессов и психических образований, возникающих у детей в процессе формирования полноценной личности. Именно формирование полноценной личности слепого и является конечной целью развития системы компенсации.

Структура мероприятий по компенсации слепоты разнообразна и зависит от многих факторов: времени наступления слепоты, ее степени, причины, наличия и характера сопутствующих дефектов (первичные нарушения интеллекта, движений, слуха и т.д.).

Пути компенсации слепоты у ослепших взрослых и старших школьников показаны в исследованиях М.И. Земцовой.

Наблюдения за слепыми детьми раннего и преддошкольного возраста, а также анализ литературы позволяют выделить три стадии компенсации слепоты в раннем и преддошкольном возрасте. В основе выделения лежит характер изменения психиче-

ской деятельности ребенка, обеспечивающей продвижение в развитии и переход к новой его ступени в каждом из возрастов.

Первая стадия компенсации слепоты в раннем возрасте связана с полисенсорным (комплексным) характером восприятия ребенка, его реакциями на комплексные раздражители. Она характеризуется образованием связей между сохранившимися анализаторами и обеспечивает создание базы полисенсорного восприятия, системы сенсомоторной деятельности, т. е. создание связей между зрительными, слуховыми, осязательными, вибрационными и другими восприятиями и движениями, пока еще очень обобщенных и генерализованных, позволяющих ребенку реагировать на комплексы жизненно важных для него действий окружающих людей и подготавливающих его к осуществлению собственных действий. Она формируется в общении ребенка со взрослыми при активном стимулировании общения со стороны взрослого.

Вторая стадия компенсации слепоты у детей связана с появлением, выделением и дифференциацией отдельных сигнальных признаков окружающих предметов и действий с ними. Во время этого периода у ребенка формируется способность выделять в предметах отдельные признаки и качества. Для образования связей слов с воспринимаемыми предметами и для осуществления перехода к ведущей предметной деятельности дети используют речевое общение.

Третья стадия компенсации слепоты связана с появлением образов, представлений, т.е. у ребенка формируется умение представлять предметы в их отсутствие как совокупность признаков и сохранять их образы в памяти. Это позволяет слепому ребенку осуществлять творческую игру, которая является необходимым условием формирования системы компенсации слепоты в дошкольном возрасте.

Опираясь на широко известное высказывание Л.С. Выготского о единстве путей нормального и аномального развития, можно сказать, что развитие потребности в общении слепого ребенка и его стимулирование *в первые месяцы жизни* имеет те же задачи и осуществляется теми же методами и способами, что и у зрячего. Поглаживание, нежный голос, приятные тепловые ощущения являются теми стимулами, которые могут

быть восприняты слепым ребенком и вызовут активные ответные реакции. Иногда родители сами находят способы общения с ребенком, но чаще им приходится учиться этому.

Необходимо постоянно разговаривать с ребенком. Говорить ему о том, какой он хороший, обсуждать с ним, что ему будут готовить на обед и ужин, какая погода и т.д. Надо чаще называть его по имени, чтобы звук имени стал ему знаком.

Речь позволяет ребенку не только знать, что ему оказывают внимание, но и запоминать многие из слов, которые он слышит, и ассоциировать их с реальным опытом. Это такие слова, как «бутылочка», «пить», «печенье», «купаться» и т.д.

В ранний период развития тесный физический контакт с ребенком является необходимой формой коммуникации. Необходимо постоянно, когда малыш не спит, быть вместе с ним: играть, разговаривать и т. д. Постепенно он научится узнавать окружающих по голосам, шагам, потому, как они его держат.

Если у ребенка слишком незначительное остаточное зрение, беседа с ним предупреждает иногда возникающий испуг при неожиданном прикосновении, перед тем, как его возьмут на руки.

Зрячий ребенок, фиксируя свой взор на лице матери, может отвечать на ее улыбку. Улыбка ребенка – это удивительное эмоциональное событие. Родители смеются вместе с ним, разговаривают и играют, чтобы вызвать у него улыбку, а ребенок учится узнавать их лица и реагировать на них, когда он видит родителей около себя. Это начало общения между матерью и ее ребенком. Но если ребенок совсем не видит или имеет незначительное остаточное зрение, т.е. отсутствует так называемый контакт «глаза в глаза», мать чувствует себя неуверенной при общении с ним. Однако отсутствие зрительного контакта не означает, что малыш ее не чувствует и не замечает. Присматриваясь к тем незначительным действиям (гуление, ерзание, всплеск рук и т. д.), которые он производит при обращении к нему с речью, при прикосновении к нему, мать поймет, что ребенок реагирует на нее. Через некоторое время он сам начнет «говорить» с ней, издавая различные звуки. Он научится различать голоса членов семьи и реагировать на них, определять помещения, в которых они находятся.

Дети, которых оставляют одних, становятся нечувствительными к звукам вокруг них и игнорируют людей. И если ребенку позволить остаться в изоляции, то это может привести к замедлению или нарушению его развития. Он может на длительное время застрять на определенном уровне психического развития. Родителям необходимо помогать малышу учиться любить тесный контакт со взрослыми (покачивание, пение, объятия и т.д.). Постепенно ребенок привыкает к прикосновениям, и контакт с людьми становится ему необходимым.

До трех – шести месяцев улыбка незрячих детей такая же, как и у зрячих. Она является «эндогенной», рефлекторной, не связанной с изменениями внешнего воздействия, но когда младенцы начинают улыбаться в ответ на внешние воздействия, то улыбка становится так называемой «социальной», являющейся ответом на общение с родителями, игрушками или другими предметами удовлетворения их потребностей. Такая улыбка у слепых появляется несколько позже, чем у их зрячих сверстников. Им труднее отличить родителей от других членов семьи, так как они их не видят. Слепой ребенок не может ответить на молчаливую улыбку, поскольку не знает, улыбаются ли ему, но он будет с удовольствием улыбаться, когда научится узнавать голоса родителей во время игры с ними.

Зрительные восприятия являются наиболее ранними восприятиями, которыми овладевает зрячий ребенок. Дети к четырем – пяти неделям способны устойчиво фиксировать взгляд одного глаза на предметах. Четкая и устойчивая фиксация взгляда обоих глаз наступает у детей трехмесячного возраста. Исследования показали, что обучение детей зрительному восприятию приводит к более раннему (около двух месяцев) выделению детьми зрительных раздражений. Перемещение же взгляда за движущимися объектами формируется примерно в возрасте от трех до пяти месяцев.

Отмечено, что к четырем месяцам антиципация сосания наблюдается даже при наличии одних только зрительных сигналов. Это свидетельствует о том, что в три – четыре месяца зрячий ребенок способен заранее организовывать свое поведение в соответствии с предстоящей деятельностью на основании установившихся систем связей зрительного анализатора с жизненно важными и имеющими для него значение видами деятельности. Следовательно-

но, в период до трех – четырех месяцев жизни совершается огромная работа, позволяющая зрячему ребенку перейти от ориентировки на комплекс раздражителей к ориентировке, выделению и дифференциации отдельных его компонентов. Это значительный скачок в психическом развитии зрячего ребенка.

Аналогичное антиципирующее поведение появляется у слепого ребенка значительно позднее. Слепой ребенок до пяти – шести месяцев не способен выделить из комплекса впечатлений от окружающего мира единичные раздражители и поэтому ориентируется на комплексы раздражителей. Появление нового типа поведения у слепого связывается с выделением и дифференциацией преимущественно слуховых восприятий.

Слуховое восприятие зрячего ребенка приобретает особое значение во взаимоотношениях со взрослыми. Он перекликается со взрослым на расстоянии, одновременно слыша и видя его. Появление на четвертом месяце способности подражать звукам говорит об умении прислушиваться к звукам речи и произносить их под контролем слухового восприятия. Дети начинают «заражаться» звуками, произносимыми эмоциональным тоном.

Для воспитания слепых детей и изучения развития моторных реакций на слуховую стимуляцию, возможности ориентации головы, глаз, тела к звукам, а также развития движений на звук необходимо иметь исчерпывающие данные о нормах развития слуха слепого младенца, использования им слуховой информации и локализации объектов в пространстве.

В настоящее время наука еще не располагает исчерпывающей информацией, показывающей уровень развития слуха у слепого ребенка раннего возраста. Однако наблюдения показывают, что в движении к объекту и в его захвате между слепыми младенцами есть различия, но еще трудно установить ранжирование поведения слепых, а также выяснить, в какой степени эти изменения объясняются их ранним опытом.

Слепой ребенок, более чем зрячий, зависит от эффективного выбора, обработки, удержания в памяти и использования слуховой информации. Развитие дифференцированного слухового восприятия слепого младенца относится примерно к пяти – шестимесячному возрасту, когда ребенок становится способным выде-

лять и дифференцировать звуковые качества предметов. У зрячего ребенка эта деятельность тесно связана с развитием взаимодействия зрения и слуха, поскольку только такое взаимодействие обеспечивает ребенку предметность восприятий, показывает различные качества определенных объектов, среди которых выделяются и звуковые.

Звук является признаком действий с предметами. Поэтому сочетание звука со зрительным или осязательным восприятием самих предметов способствует его становлению для ребенка как сигнального признака предмета или действия с ним. Наблюдения показывают, что для выделения слепым младенцем звуковых раздражителей и использования их в качестве сигналов определенной деятельности окружающих необходимо создание предметного осязательного поля восприятия. Но создание поля достигается позже, чем ребенок начинает различать звуки, поскольку его развитие связано с двигательными умениями слепого ребенка и возможностями осязания, формирующимися позже, чем зрение. Ухо становится активным ранее, чем рука способна к тактильному восприятию. Именно сочетание деятельности руки со слуховым восприятием позволяет слепому использовать звук в качестве сигнала о предмете. Трудность образования связи между звуком и звучащим объектом является тем осложнением, которое в дальнейшем может привести слепого к формализму речи.

Выделение и дифференциация слуховых впечатлений слепого тесно связаны с развитием его движений, что обеспечивает развитие осязательного восприятия, создание широкого осязательного поля. И если зрительное поле восприятия, сформировавшееся у зрячего на четвертом или пятом месяце жизни, обеспечивает ему в это время выделение звуковых качеств объектов, то осязание к этому возрасту еще не сформировалось как перцептивный, обследующий акт. На четвертом месяце ребенок еще не ощущает зажатый в его руке предмет, тактильные и кинестетические ощущения не образуют единой функциональной системы. Лишь на пятом месяце происходят сдвиги в сенсомоторном развитии ребенка, поскольку в этот период начинают формироваться предметные действия, предполагающие определенную система-

тичность произвольных движений, а также относительную устойчивую координацию.

Формирование активного осязания как перцептивного действия происходит наиболее активно в предметных действиях ребенка. С развитием предметных действий формируются способы ощупывания, являющиеся основой активного осязания. Активно ощупывать предметы на основе тактильных и кинестетических ощущений ребенок начинает в пять – шесть месяцев. Наиболее разностороннее развитие предметных действий происходит во втором полугодии первого года жизни.

В первые месяцы жизни в развитии движения слепого и зрячего много общего. Отставание возникает, когда у нормально видящего ребенка зрение включается в контроль над выполнением двигательных актов, благодаря чему его двигательные способности начинают развиваться очень быстро. Это происходит в возрасте пяти – шести месяцев. В то же время у слепого такой контроль продолжает осуществляться лишь посредством проприоцептивной чувствительности, т. е. чувствительности мышц и сухожилий. На ранних стадиях развития движений рука учит глаз. Развитие глаз в первые месяцы жизни позволяет ребенку лишь следить за движущимся объектом, он еще не в состоянии направлять движения самих глаз по предмету, т.е. у ребенка нет рассматривания объекта, нет его зрительного поиска. Эти функции зрения развиваются позже, с развитием движений рук и с пониманием речи. Именно в пять – шесть месяцев роль зрения в коррекции движений нормально видящего ребенка усиливается. У слепого же отсутствие координирующей и корригирующей движения функции зрения задерживает развитие координации двух рук и мелких движений пальцев.

Именно отсутствие зрительной коррекции ограничивает развитие тонкой моторики рук слепого, поскольку для нее очень важна координирующая роль зрения. Вследствие отсутствия зрения ребенок спонтанно не протягивает руку к предмету, чтобы его схватить. Ребенок может легко стать пассивным, если не давать ему исследовать осязательно предметы окружения. Важную роль играет здесь становление координации «рот – рука» или «рука – рука».

Младенец и не только младенец со значительным нарушением зрения или с отсутствием зрения сравнительно мало знает о существовании окружающих его предметов, поэтому у него нет стимула для движения к ним. Отсутствие зрения не позволяет ребенку спонтанно учиться поднимать голову, садиться, доставать и хватать игрушки, ползать и ходить. Но он может научиться этим двигательным навыкам в том же объеме, качестве и примерно в том же возрасте, что и зрячий ребенок, если его правильно будут учить этому.

Тотально слепому малышу родители клали в кроватку или подвешивали над ней большой озвученный мяч. Несколько раз они просыпались ночью из-за его звучания, потому что малыш играл с мячом, ударяя по нему ножками. Для разнообразия маленький ребенок может лежать на диване или в кресле, упираясь ножками в ручки кресла или дивана. В кроватку к малышу можно положить хрустящую фольгу так, чтобы ребенок мог доставать ее ножками и слушать производимый им самим шум. Маленькие колокольчики, пришитые к носкам ползунков, делают для слепого малыша приятным простое брыканье. Это необходимо делать еще до того, как ребенок сможет сочетать звуки, которые он слышит, с тем, как он двигает своими ножками. Зрячие дети обращают внимание на свои ноги, видя их движущимися. Слепым и слабовидящим малышам необходимо как можно раньше помочь понять, что у них есть ноги, руки, туловище и что они могут ими двигать.

Обучая незрячего ребенка хватанию, необходимо давать ему в руки предметы, различные по форме, величине и весу. На первых порах надо направлять руки ребенка и поддерживать предмет. Предметы, предназначенные для занятий, должны быть разнообразными по форме: мяч (нужно брать двумя руками), шарик от пинг-понга (нужно брать одной рукой), маленькие и большие кубики. Игрушки должны быть разными по фактуре: резиновые, пластмассовые, ворсовые.

Занятия ребенка с предметами и игрушками, между которыми он пока не видит разницы, будут заключаться первое время в непродолжительном простом манипулировании (перекладывание из одной руки в другую, бросание и т.д.). Для малыша от восьми месяцев до года таких действий вполне достаточно. Когда ребен-

ку надоест игрушка или предмет, надо его убрать и предложить другой. Но ребенок должен учиться играть и самостоятельно. Необходимо учитывать, что малыш может бояться новых предметов. Прикосновение к некоторым может вызвать у него отрицательные эмоции.

Специальные рюкзаки («кенгурушки»), при помощи которых можно укрепить ребенка на груди или на спине, дают возможность малышу, когда он еще мал и легок, быть рядом с родителями, чувствовать запахи, исходящие от каждого человека, слышать звуки голосов. Находясь в таком положении, он приобретает значительно больше опыта и знаний об окружающем мире, чем если бы он просто лежал в кроватке. Конечно, такое общение полезно не только слепому ребенку, но именно для слепого ребенка оно становится особенно важным – другие возможности сильно ограничены.

Отсутствие зрительного восприятия у ребенка вносит в его развитие особенности, которые не компенсируются без специальных занятий с раннего возраста. В период примерно от шести месяцев до трех лет слепой ребенок серьезно отстает в психическом развитии. Это выражается в меньшем объеме знаний и представлений об окружающем мире, в значительном формализме речи, ограниченном понимании слов, в менее развитых и скоординированных движениях и слабой ориентировке в пространстве. Трудности развития компенсации слепоты в этот период связаны с тем, что способы, которыми возможно компенсировать недостатки развития, возникающие в результате слепоты, не могут стать достоянием ребенка преддошкольного возраста, так как его компенсаторные возможности на этой стадии развития очень ограничены.

Знакомя ребенка с окружающими предметами, нужно стараться, чтобы он понял их назначение. Для этого ребенка учат действовать с некоторыми предметами, использовать их по назначению. К концу второго и на третьем году жизни он должен познакомиться со всеми предметами, которые окружают его в доме, с их назначением. При этом необходимо показывать ему основные, наиболее существенные части предметов и называть их основные свойства.

К началу третьего года слепой ребенок должен узнавать предметы обихода, с которыми он сталкивается, знать предметы,

находящиеся в комнате, где он живет. Если у ребенка есть остаточное зрение, это происходит несколько раньше. К концу второго и началу третьего года жизни ребенка необходимы специальные занятия для умственного развития и развития мелкой моторики.

Понимание смысла слова слепым ребенком, как и зрячим, проходит целый ряд ступеней. Слепой ребенок, как и зрячий, в полтора – два года начинает использовать свою развивающуюся речь в качестве основного средства общения со взрослыми. Быстро растет активный словарь, совершенствуется грамматический строй речи. Общение слепого ребенка в этот период является еще самоцелью и направлено на само общение со взрослым, поэтому слепой, подражая взрослым, овладевает огромным запасом слов и целых предложений, непонятных ему по содержанию. Повторение и употребление слов с пока непонятными значениями не смущает слепого ребенка, так как в ответ на их употребление он получает отклик и радость со стороны взрослого. Это является стимулом дальнейшего накопления даже формального словаря, который он может употреблять в определенной ситуации и который является для него средством активного общения со взрослым.

Активное общение слепого ребенка со взрослым в совместной предметной деятельности обеспечивает образование связи слова с обозначаемым им предметом. Поэтому опора на активное речевое общение и есть тот обходной путь, который обеспечивает преодоление трудностей в формировании предметных действий и обуславливает продвижение в психическом развитии слепого ребенка. Образование системы связей речевой деятельности со всей системой сохранившихся анализаторов, с развивающейся двигательной-мышечной системой обеспечивает основу для компенсации слепоты в этом возрасте.

В связи с этим огромный скачок в развитии слепого происходит именно в тот момент, когда речевое общение включается в предметное и когда действия с предметами соответствуют их прямому назначению и оказываются в центре активности слепого. Опыт речевого общения слепого ребенка со взрослым неминуемо приводит ребенка к необходимости использовать речь для все более правильного отражения объективных свойств предмета, так как это позволяет ребенку достигать большего эффекта в об-

щении со взрослым в ходе совместной предметной деятельности. Использование взрослым совместных предметных действий с речевым словесным обозначением как самих предметов, так и действий с ними, с одной стороны, стимулирует соотнесение усвоенных ребенком слов с конкретными предметами окружающего мира, с другой – является условием лучшего познания предметного мира в процессе активного оперирования с предметами.

Интенсивно развивающаяся речь слепого ребенка, активно использующего ее в основном как средство общения, является тем звеном, опираясь на которое возможно продвинуть психическое развитие слепого. Процесс речевого общения позволяет ускорить формирование предметных действий, дает возможность их совершенствовать. Развитие же предметных действий в свою очередь ведет к формированию осязания у ребенка. Сопровождение всех действий речью, т.е. создание и укрепление связи между словом, предметом и действием, позволяет впоследствии использовать речь в качестве коррекционного средства моторики, нарушенной слепотой. Речь взрослого может активно способствовать усвоению слепым ребенком предметных действий не только за счет привлечения внимания к предмету и формулирования задачи, она позволяет руководить способами выполнения этой задачи.

К трем годам ребенок может построить высказывания, не опираясь на конкретную ситуацию, правильно построить предложения. В сроках развития речи ребенка могут быть лишь небольшие отклонения. У слепых детей при нормальном развитии интеллекта и отсутствии органических поражений речевых центров речь развивается примерно в те же сроки, что и у зрячих, так как глубокое нарушение или отсутствие зрения не препятствует появлению у ребенка речи.

В то же время в развитии разговорной речи слепого ребенка имеются специфические особенности.

Первой особенностью являются трудности в овладении правильным произношением и артикуляцией звуков речи. Это связано с тем, что ребенок лишен возможности наблюдать за движениями губ говорящего взрослого, за его мимикой, соответствующей определенной интонации, с которой произносится каждая фраза.

Второй и наиболее важной особенностью речевого развития слепого ребенка является несоответствие между словом, употребляемым ребенком в активной речи, и пониманием его значения. Эта особенность непосредственно связана с развитием познавательной деятельности ребенка. Малыш лишен зрительной информации об окружающих предметах и явлениях, а информация, получаемая им с помощью осязания, слуха и, если оно имеется, остаточного зрения, еще очень скудна. Он еще не научился в достаточной мере использовать свои сохранные органы чувств. Поэтому узнаваемые им новые слова далеко не всегда имеют для него ясное значение.

После того как ребенок полноценно заговорил, с ним можно общаться с помощью речи, воздействовать словом на его поведение. Пройдет немного времени, и постепенно слово станет одним из важнейших средств познания ребенком тех предметов и явлений окружающего мира, которые он не может познать из-за отсутствия зрения.

Нарушения слуха

Опишем нарушения слуха, опираясь в основном на работы Б.Д. Корсунской. Это позволяет во многом избежать противоречий в концептуальных подходах, но приводит к известной односторонности освещения вопроса. Как и Л.Н. Солнцева, Б.Д. Корсунская уделяет особое внимание соответствию общего направления развития глухого ребенка и его нормально слышащих сверстников.

Даже если ребенок, хорошо владеющий языком, теряет слух, то и тогда глухота влияет на дальнейшее развитие его речи. У оглохшего ребенка речь не только перестает развиваться, но, если этому не уделить специального внимания, он начинает забывать и то, чем владел до потери слуха. Чтобы сохранить уже развивающуюся у ребенка речь, необходимы специальные условия, в противном случае речь начинает распадаться: исчезает интонация, забываются слова, становятся неправильными ударения, недостаточно внятно произношение, в речи появляется много грамматических и стилистических ошибок. В то же время, если сразу

начать учить потерявшего слух ребенка, эти явления можно предупредить. Умелым обращением с оглохшим ребенком удастся сохранить имеющуюся у него речь и обеспечить полноценное ее развитие. Родители, которые, уделяя специальное внимание занятиям с ребенком, оглохшим даже в 2 – 2,5 года, сохраняют ему речь, хотя к этому возрасту ребенок владеет обычно запасом всего около 500 слов. В то же время всего 2 – 3 месяца, упущенных родителями непосредственно после потери слуха у ребенка, приводят к тому, что уже спустя 3 – 4 месяца он становится совершенно неговорящим. Этим подтверждается значение даже самых маленьких элементов нормального развития, которые мы обсуждали в главе 2.

История сурдопедагогики знает немало примеров, когда глухие от рождения люди достигали очень высокого уровня развития, свободно общались со слышащими и даже овладевали иностранными языками. Значение раннего обучения глухих очень велико. В раннем возрасте, приблизительно до года, когда дети еще не говорят, различие между слышащими и глухими очень незначительно. Постепенно, по мере того как слышащий ребенок овладевает речью, это различие увеличивается. Глухой ребенок не начинает говорить, и развитие его, если оно протекает без слов, ограничено. Ребенку нельзя ничего ни сказать, ни объяснить. Его необходимо специально научить говорить и понимать речь.

Учить говорить глухого ребенка – это значит не только учить произносить звуки, хотя это и является специфическим в обучении неслышащего и требует особого умения, но главное – научить понимать смысл речи и пользоваться разговорной речью в общении, понимать по губам говорящего и самому внятно говорить.

Глухой ребенок от двух до семи лет, не имеющий дополнительных дефектов, кроме глухоты, при успешном обучении может усвоить речь в пределах до двух тысяч слов, а к моменту поступления в специализированную школу крайне желательно научиться самостоятельно читать большие тексты, состоящие из знакомых ему слов, пересказывать их, чтобы компенсировать последствия потери слуха при обучении в школе. Заметим, что обучение в школе является по форме преимущественно речевым.

Б.Д. Корсунская выделяет две основные задачи в работе с глухим или слабослышащим ребенком при формировании устной и письменной речи.

Во-первых, пробудить у ребенка интерес к предметам и явлениям окружающего мира. Необходимо развивать образную сферу психики в целом, т.к. речевой знак должен иметь обозначаемое – образ.

Во-вторых, воспитывать у ребенка положительное отношение и привычку к словесному общению, будь то устное слово, сказанное дактильно или предъявленное написанным. Слово должно восприниматься как обращение, как указание к действию, как название предметов окружающего мира.

Заметим, что даже полностью глухой ребенок, овладевший устной речью, чтением по губам и письмом, становится практически неотличим от нормально слышащего сверстника. Ограничения в его жизни, по сравнению с ребенком, имеющим нарушения зрения или интеллекта, минимальны, если говорить только о специфических для слуховой дисфункции проявлениях дизонтогенеза. К сожалению, во-первых, и самому глухому (либо слабослышащему) человеку приходится сталкиваться и с неспецифическими для слуховой дисфункции нарушениями дизонтогенеза. А, во-вторых, не следует думать, что освоение устной речи, письма, дактильной речи, навыков чтения по губам – такая уж легкая задача.

Нарушения опорно-двигательного аппарата

О нарушениях опорно-двигательного аппарата необходимо сказать, что логически все эти нарушения разделяются на четыре группы: нарушения костной системы, нарушения мышечной системы, нарушения нервной системы (центральной и периферической), сочетанные нарушения (одновременно относящиеся к нескольким из вышеперечисленных групп). Даже беглое ознакомление с действующей классификацией болезней позволяет насчитать не менее 600 нозологических единиц, существенно различающихся по этиологии и патогенезу (если мы исключим малораспространенные заболевания, новообразования, заболевания кровеносной системы, приводящие к неврологическим нару-

шениями). Но для специальной психологии это устрашающее разнообразие не играет значимой роли. Просто следует помнить, что детский церебральный паралич (ДЦП) – отнюдь не единственное, хотя, пожалуй, и самое изученное в специальной психологии нарушение опорно-двигательного аппарата.

Опираясь на материалы диссертационного исследования И.Ю. Левченко, мы можем выделить две группы работ, посвященных детям с ДЦП.

К первой группе относятся работы, посвященные развитию психики детей с ДЦП в условиях двигательной депривации и описанию их клинико-психологических особенностей. Эти исследования выполнены в 60 – 80-х гг. XX века и носят констатирующий характер: авторы раскрывают сложную картину нарушений психики, в первую очередь, познавательных процессов, при детском церебральном параличе. Меньше внимания уделено особенностям развития личности. Подавляющее большинство исследований посвящено дошкольному и младшему школьному возрасту. Психологические исследования подростков с ДЦП практически отсутствуют, что затрудняет психокоррекционную работу с этой возрастной категорией.

Вторую группу составляют публикации, характеризующие организацию и содержание помощи детям и подросткам с ДЦП. В отечественных литературных источниках 1960 – 1980-х гг. подробно описываются образовательные условия в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, даются рекомендации по комплектованию этих учреждений. Публикации 1990-х гг. отражают развернувшуюся дискуссию относительно организационных основ специального образования.

Содержание работ, посвященных психологическим механизмам коррекции двигательных расстройств при ДЦП (то же относится и к другим нарушениям опорно-двигательного аппарата), окажется совершенно бесполезным при изложении в сокращенной форме. Работа с двигательными нарушениями с необходимостью должна учитывать патогенез этих нарушений и строиться индивидуализированно. А о разнообразии нарушений мы говорили выше. Беда в том, что даже только ДЦП – отнюдь не однород-

ная клинически группа. Поэтому не только моторика и когнитивная сфера, но и все остальные сферы психики описываются разными авторами в таком диапазоне, что обобщение представляет собой нетривиальную научную задачу.

Так, в уже упоминавшемся диссертационном исследовании И.Ю. Левченко описывается контингент испытуемых и указывается, что первую группу испытуемых составили подростки с тяжелыми двигательными нарушениями, передвигавшиеся только на костылях или в коляске. У большинства из них грубо нарушены манипулятивные функции из-за гиперкинезов или контрактур, что затрудняло самообслуживание и вызывало затруднения при письме. Вторая группа – подростки с двигательными нарушениями средней тяжести, передвигавшиеся с опорой на трость. Манипулятивные функции развиты достаточно: они полностью обслуживали себя, могли писать, многие печатали на пишущей машинке, компьютере. Третья группа – подростки с легкими двигательными нарушениями, передвигавшиеся самостоятельно на значительное расстояние дефектной походкой. Ходьба отличалась неустойчивостью. Манипулятивные функции были ограничены незначительно, но мышечная сила в руках снижена. При этом у 85% участников исследования были выявлены дизартрические расстройства, в исследовании участвовали только интеллектуально сохраненные испытуемые без выраженных психопатологических проявлений, в анамнезе у большинства испытуемых отмечалась задержка психического развития, хотя на момент обследования дети обучались по программе общеобразовательной школы.

Анализ сведений о характере социальной ситуации развития испытуемых, проведенный И.Ю. Левченко, показал, что наиболее часто встречался такой тип воспитания, при котором в семье имелся «культ болезни» ребенка, а затем – подростка, с преувеличенной заботой о нем. Такое воспитание, как известно, способствует формированию эгоцентрических установок, фиксации на своем состоянии. Значительно реже имели место гипопека и гипопроекция в воспитании или эмоциональное отвержение со стороны одного или обоих родителей.

Изучение психических функций показало, что у подростков с ДЦП в дошкольном и младшем школьном возрасте имелись на-

рушения пространственного восприятия и конструктивного праксиса, причем существует прямая зависимость между тяжестью двигательной патологии и степенью выраженности этих нарушений. Подростки с ДЦП с тяжелыми и средней тяжести двигательными нарушениями в связи с несформированностью ряда познавательных процессов к концу школьного обучения имеют существенные ограничения, мешающие овладению профессиями, рекомендуемыми для этого контингента.

Наряду с пространственными нарушениями и нарушениями конструктивного праксиса значительная роль в общей структуре нарушений при ДЦП принадлежит утомляемости. Большинство испытуемых показали достаточный уровень развития абстрактно-логического мышления и способность к логическому опосредствованию мнестической деятельности. Не подтверждается прямая зависимость между тяжестью двигательных нарушений и уровнем развития абстрактного мышления. Напротив, достаточное развитие абстрактно-логического мышления может быть использовано как сохраняющая функция, с опорой на которую будет проводиться обучение, коррекционная работа и профессиональное образование лиц с ДЦП.

Говоря о явно неспецифических для ДЦП проявлениях дизонтогенеза, отметим, что многими авторами дети с ДЦП рассматриваются как «группа риска» в отношении возможных адаптационных срывов. В работе И.Ю. Левченко отмечается нарастание черт астено-невротического типа у подростков с наиболее тяжелыми двигательными нарушениями, а сенситивного – при легких двигательных нарушениях. Особый интерес представляют данные И.Ю. Левченко об отсутствии ожидаемой связи между психологическим неблагополучием испытуемых и выраженностью двигательной патологии. Были получены парадоксальные результаты, свидетельствующие о том, что тяжелые переживания характерны для лиц с легкими двигательными нарушениями, по данным психологических методик они сближались с членами I группы, а в ряде случаев демонстрировали даже более благоприятные показатели. В целом наиболее благополучными являются учащиеся, а наименее психологически благополучными – неработающие лица юношеского и молодого возраста.

Интеллектуальные нарушения

При описании специфики данного варианта дизонтогенеза мы считаем целесообразным максимально точно придерживаться психиатрического подхода, опираясь на МКБ-10 и клинические руководства. Основными психическими расстройствами, объединяемыми по интеллектуальному «ядру» дизонтогенеза, мы считаем деменцию, умственную отсталость и смешанное специфическое расстройство психологического развития (задержку психического развития, или ЗПР, – в ранее принятой терминологии).

Деменция является синдромом, обусловленным заболеванием мозга, как правило, хронического или прогрессирующего характера, при котором имеются нарушения ряда высших корковых функций, включая память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, язык и суждения. Сознание не изменено. Как правило, имеются нарушения когнитивных функций, которым могут предшествовать нарушения эмоционального контроля, социального поведения или мотиваций. Этот синдром встречается при болезни Альцгеймера, цереброваскулярном заболевании и при других состояниях, первично или вторично воздействующих на мозг.

При оценке наличия или отсутствия деменции, особое внимание должно быть уделено тому, чтобы избежать ошибочную положительную квалификацию: мотивационные или эмоциональные факторы, особенно депрессия, в дополнение к двигательной заторможенности и общей физической слабости могут быть причиной неудовлетворительной продуктивности в большей степени, чем потеря интеллектуальных способностей.

Деменция приводит к отчетливому снижению интеллектуального функционирования и чаще всего также к нарушению повседневной деятельности, как например: умывания, одевания, навыков в еде, личной гигиены, самостоятельного отправления физиологических функций. Такое снижение в значительной степени может зависеть от социальной и культуральной среды, в которой живет человек. Изменения в ролевой деятельности, как например, снижение способности продолжить или искать работу, не должны использоваться как критерий деменции из-за значительных кросс-

культуральных различий, которые существуют при определении, что соответствует адекватному поведению в данной ситуации; часто внешние влияния воздействуют на возможность получения работы даже в рамках одной и той же культуральной среды.

Основным диагностическим требованием являются данные, свидетельствующие о снижении как памяти, так и мышления, в такой степени, что это приводит к нарушению индивидуальной повседневной жизни.

Нарушение памяти в типичных случаях касается регистрации, хранения и воспроизведения новой информации. Ранее приобретенный и знакомый материал может также утрачиваться, особенно на поздних этапах заболевания. Деменция – это нечто большее, чем дисмнезия: имеются также нарушения мышления, способности к рассуждению и редукция течения мышления. Обработка поступающей информации нарушена, что проявляется в нарастающих трудностях реагирования на несколько стимулирующих факторов одновременно, как например, при участии в беседе, в которой заняты несколько человек, и при переключении внимания с одной темы на другую.

Умственная отсталость, или олигофрения, – это состояние (в отличие от деменции, которая рассматривалась как синдром – см. также главу 1) задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Отсталость может развиваться с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. Однако у умственно отсталых может наблюдаться весь диапазон психических расстройств, частота которых среди них по меньшей мере в 3 – 4 раза выше, чем в общей популяции. Кроме того, умственно отсталые лица чаще становятся жертвами эксплуатации и физических и сексуальных оскорблений. Адаптивное поведение нарушено всегда, но в защищенных социальных условиях, где обеспечена поддержка, это нарушение у больных с легкой степенью умственной отсталости может не иметь явного характера.

При диагностике умственной отсталости и деменции необходимо учитывать следующие положения. Интеллект не является единой характеристикой и оценивается на основе большого числа различных более или менее специфичных навыков. Хотя у каждого человека существует общая тенденция развития всех этих навыков на сходном уровне, могут иметь место и существенные расхождения, особенно у умственно отсталых лиц. Такие люди могут обнаруживать тяжелые нарушения умственной отсталости, они могут показывать более высокую продуктивность в одной отдельной сфере (например, по простым зрительно-пространственным заданиям). Такая ситуация затрудняет диагностическую оценку умственно отсталых лиц. Определение интеллектуального уровня должно основываться на всей доступной информации, включая клинические данные, адаптивное поведение (с учетом культуральных особенностей) и продуктивность по психометрическим тестам.

Для достоверного диагноза умственной отсталости должен устанавливаться пониженный уровень интеллектуального функционирования, приводящий к недостаточной способности адаптироваться к повседневным запросам нормального социального окружения. Сопутствующие психические или соматические расстройства оказывают большое влияние на клиническую картину и использование имеющихся навыков. Выбранная диагностическая категория должна поэтому основываться на общей оценке способностей, а не на оценке какой-либо отдельной области или одного типа навыков. Приводимые коэффициенты умственного развития должны использоваться с учетом проблем кросс-культуральной адекватности. Шкалы социальной зрелости и адаптации, также стандартизованные с учетом местных условий, должны по возможности заполняться на основании расспроса родителей или лиц, обеспечивающих уход за больным, которые знают способности индивидуума в повседневной жизни. При невыполнении стандартизованных процедур диагноз должен устанавливаться лишь как временный.

Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе.

Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особыми проблемами являются чтение и письмо. Тем не менее при легкой умственной отсталости значительную помощь может принести образование, предназначенное для развития их навыков и проявления компенсаторных возможностей. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. В социокультуральных условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере, некоторая степень легкой умственной отсталости сама по себе может и не представлять проблемы. Тем не менее если наряду с этим отмечается заметная эмоциональная и социальная незрелость, то проявятся и последствия ограничения социальной роли, например, неспособность справляться с требованиями, связанными с брачной жизнью или воспитанием детей или затруднения в адаптации к культуральным традициям и нормам.

В целом у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяжелой степенями умственной отсталости.

При использовании надлежащих стандартизованных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50–69. Здесь необходимы комментарии. Министерство здравоохранения РФ в 1999 г. официально разъяснило, что используемый в России адаптированный вариант методики Векслера (сегодня практически единственная психометрически стандартизированная методика оценки интеллекта, методика была достаточно широко ап-

робирована, к сожалению, довольно давно – около 1973 г.) дает более высокие показатели при аналогичном уровне интеллекта, определяемом по клиническим критериям. Особенно это важно учитывать при диагностике более легких степеней умственной отсталости. Следует также отметить, что уровень IQ не может являться единственным критерием диагностики интеллектуального недоразвития или определения его выраженности.

Имеется тенденция к задержке понимания и речи в разной степени, причем препятствующие развитию независимости нарушения экспрессивной речи могут сохраняться и в зрелом возрасте. Органическая этиология выявляется у меньшинства пациентов. С разной частотой встречаются сопутствующие состояния, такие как аутизм, другие расстройства развития, эпилепсия, расстройства поведения и физическая инвалидность. При наличии этих расстройств они должны кодироваться (диагностироваться) независимо от умственной отсталости.

Кроме умственной отсталости легкой степени выделяется также умственная отсталость умеренная. У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко.

Коэффициент умственного развития при умеренной умственной отсталости обычно находится в диапазоне от 35 до 49. Для этой группы характерны расхождения в профилях тестирования способностей, когда у некоторых лиц достигаются высокие уровни по тестам на оценку зрительно-пространственных навыков по

сравнению с результатами заданий, зависящих от развития речи, а в других случаях значительная неуклюжесть сочетается с радостью от социального взаимодействия и простой беседы. Уровни развития речи варьируют: одни пациенты могут принимать участие в простых беседах, а другие обладают речевым запасом, достаточным лишь для сообщения о своих основных потребностях. Некоторые пациенты никогда не овладевают использованием речи, хотя и могут понимать простые инструкции и обучаться мануальным знакам, позволяющим в некоторой степени компенсировать недостаточность их речи. Иногда возможно установить другие психиатрические диагнозы, но ограниченность речевого развития делает диагностику затруднительной и зависимой от информации, получаемой от тех, кто знаком с пациентом. Любое из подобных сопутствующих расстройств должно регистрироваться под самостоятельным кодом.

Умственная отсталость тяжелая – следующая форма умственной отсталости. По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости. Нижние уровни функционирования, отмеченные для умеренной степени умственной отсталости наиболее характерны и для этой группы пациентов. У большинства больных здесь наблюдается выраженная степень моторного нарушения или другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие клинически значимого повреждения или аномального развития центральной нервной системы.

Умственная отсталость глубокая – максимально выраженная степень умственной отсталости. У больных коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что они весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Понимание и использование речи ограничивается в лучшем случае выполнением основных команд и выражением элементар-

ных просьб. Часты оказывающие влияние на подвижность тяжелые неврологические и другие соматические нарушения, такие как эпилепсия, а также расстройства зрения и слуха. Особенно часты общие расстройства развития в наиболее тяжелых формах. Эти расстройства более характерны для неподвижных больных.

Отечественный психиатр А.С. Тиганов указывает, что вопрос о нозологической принадлежности психозов у умственно отсталых лиц остается неясным: относятся ли они к специфическим, свойственным умственной отсталости психозам, или являются лишь видоизменением «обычных» психозов (реактивных, симптоматических, эндогенных). Сторонники нозологической самостоятельности психозов при олигофрении по-разному объясняют их патогенез: конституциональными факторами, психологическими механизмами, ликвородинамическими нарушениями и другими проявлениями резидуальной церебральной недостаточности. Большинство отечественных исследователей связывают возникновение психозов при олигофрении с декомпенсацией состояния под влиянием различных неблагоприятных (чаще психогенных или экзогенно-органических) факторов. Такое разнообразие во взглядах само по себе скорее говорит о том, что психозы у олигофренов принципиально не отличаются от психозов у лиц с нормальным интеллектом.

Смешанные специфические расстройства психологического (психического) развития (ранее использовался термин задержка психического развития, или ЗПР) – еще один вариант дизонтогенеза с интеллектуальным ядром. По МКБ-10 это плохо определенная, недостаточно разработанная (но необходимая) остаточная группа расстройств, при которых есть смешение специфических расстройств развития речи, школьных навыков и/или двигательных функций, но нет значительного преобладания ни одного из них, чтобы установить первичный диагноз. Общим для этих специфических расстройств развития является сочетание с некоторой степенью общего нарушения когнитивных функций, и эта смешанная категория может использоваться только тогда, когда есть значительное совпадение специфических расстройств.

А.С. Тиганов считает, что задержки психического развития – пограничные с умственной отсталостью (олигофренией) состоя-

ния, т.е. промежуточные формы интеллектуальной недостаточности между дебильностью и нормой.

Задержки психического развития, связанные с незрелостью психики и мозговых структур, рассматриваются как отдельные группы состояний с патологией развития либо как синдром, входящий в структуру того или иного неврологического, психического или соматического заболевания.

Психические нарушения при задержках психического развития проявляются в виде отставания развития различных сфер психической деятельности – моторной, познавательной, эмоционально-волевой, речи с раннего возраста вследствие замедления созревания соответствующих структур головного мозга.

Диагностирование задержки психического развития возможно с первых месяцев жизни. В одних случаях на первый план выступает задержка развития эмоциональной сферы, в других преобладает задержка развития интеллекта в виде пограничной умственной отсталости. Последнее иногда сочетается с признаками недоразвития лобных и теменных долей мозга на ЭЭГ.

Замедление созревания психических функций может варьировать от легкой степени до выраженной. При легкой степени задержки психического развития становление возрастных навыков запаздывает в пределах одного возрастного периода; при средней степени становление возрастных двигательных и речевых навыков, эмоциональных реакций, ручных умений, коммуникативных взаимодействий и других нервно-психических функций задерживается более чем на один возрастной период; при тяжелой степени отставание в приобретении возрастных навыков превышает два возрастных периода.

В заключение следует особо подчеркнуть, что научно обоснованного и эффективного способа медикаментозного лечения описанных выше форм дизонтогенеза с интеллектуальным ядром не существует. Все медицинские источники прямо указывают, что лечение может носить лишь симптоматический характер.

Речевые нарушения

Речевые расстройства изучаются во многих смежных науках – логопедии и сурдопедагогике как разделах специальной педагогики; неврологии и психиатрии как разделах медицины; логопсихологии как разделе специальной психологии; нейропсихологии как разделе психологии. Для первичного ознакомления мы выбрали психиатрическое описание. Это связано и с тем, что диагноз речевого расстройства действующим законодательством отнесен к компетенции врача-психиатра.

Специфические расстройства развития речи и языка – расстройства, при которых нормальное речевое развитие нарушено на ранних этапах. Состояния нельзя объяснить неврологическим или речевым механизмом патологии, сенсорными повреждениями, умственной отсталостью или средовыми факторами. Ребенок может быть более способен общаться или понимать в определенных, хорошо известных ситуациях, по сравнению с другими, но речевая способность всегда повреждена.

Как и при других нарушениях развития, первая трудность в диагностике относится к дифференциации от нормальных вариантов развития. Нормальные дети значительно различаются по возрасту, в котором они впервые приобретают разговорную речь и по темпу прочного усвоения речевых навыков. Такие нормальные вариации во времени приобретения речевых навыков имеют незначительное или неклиническое значение, так как большинство «поздно говорящих» продолжают развиваться совершенно нормально. Резко отличаются от них дети со специфическими нарушениями развития речи и языка, хотя большая часть из них достигает в конечном счете нормального уровня развития речевых навыков. Они имеют множество сопутствующих проблем.

Как общее правило, задержка речи может считаться патологической, когда она является достаточно тяжелой с отставанием на два стандартных отклонения. В большинстве случаев такого уровня тяжести имеются сопутствующие проблемы. Однако у детей более старшего возраста уровень тяжести в статистическом выражении имеет меньшее диагностическое значение, так как существует естественная тенденция к неуклонному улучшению.

В этой ситуации полезным показателем выступает течение. Если текущий уровень нарушения относительно легкий, но, тем не менее, в анамнезе имеется тяжелая степень нарушения, то более вероятно, что текущее функционирование представляет собой последствие значительного расстройства, а не варианта нормы. Необходимо обращать внимание на тип речевого функционирования; если тип нарушения патологический (то есть аномальный, а не просто вариант, соответствующий более ранней фазе развития) или если речь ребенка содержит качественно патологические признаки, то вероятно клинически значимое расстройство. Более того, если задержка в некоторых специфических аспектах развития речи сопровождается недостаточностью школьных навыков (таких как специфическое отставание в чтении и письме), нарушениями в межперсональных взаимоотношениях и/или эмоциональными или поведенческими расстройствами, то маловероятно, что это вариант нормы.

Вторая трудность в диагностике относится к дифференциации от умственной отсталости или общей задержки развития. Так как интеллектуальное развитие включает в себя вербальные навыки, то вероятно, что если коэффициент умственного развития ребенка существенно ниже среднего, то его речевое развитие будет также ниже среднего. Диагноз специфического нарушения развития предполагает, что специфическая задержка находится в значительном несоответствии с общим уровнем когнитивного функционирования. Соответственно, когда задержка речи является частью общего отставания умственного развития или общей задержки развития, то данное состояние нельзя считать самостоятельным расстройством.

Однако для умственной отсталости характерно сочетание с неравномерностью интеллектуальной продуктивности, особенно с таким речевым нарушением, которое обычно более серьезно, чем задержка невербальных навыков. Когда это несоответствие проявляется в такой заметной степени, что становится очевидным в повседневном функционировании ребенка, то специфическое нарушение развития речи должно кодироваться в дополнение к кодированию рубрики умственной отсталости.

Третья трудность касается дифференциации от вторичных расстройств вследствие тяжелой глухоты или некоторых специфических неврологических или других анатомических нарушений. Тяжелая глухота в раннем детстве фактически всегда ведет к заметной задержке и искажению речевого развития; такие состояния не должны включаться сюда, так как они являются прямым следствием потери слуха. Однако нередко более серьезные нарушения развития воспринимающей речи сопровождаются парциальным избирательным повреждением слуха (особенно частот высоких тонов). Эти расстройства должны быть исключены из речевых расстройств, если тяжесть поражения слуха существенно объясняет задержку речи, но включены, если парциальная потеря слуха — только осложняющий фактор, но не прямая причина.

Тем не менее строго определенное разграничение провести невозможно. Сходный принцип применяется относительно неврологической патологии и анатомических дефектов. Так, патология артикуляции, обусловленная расщелиной неба, или дизартрия вследствие церебрального паралича должны быть исключены из этого раздела. С другой стороны, наличие легкой неврологической симптоматики, которая бы не могла вызвать задержку речи, не является основанием для исключения.

Существуют различные варианты речевых расстройств.

Специфическое расстройство речевой артикуляции — расстройство развития, при котором использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, но при котором имеется нормальный уровень речевых навыков.

Возраст приобретения ребенком речевых звуков и порядок, в котором они развиваются, подвержены значительным индивидуальным колебаниям.

Нормальное развитие. В возрасте 4-х лет ошибки в произнесении звуков речи являются общими, но ребенок легко может быть понят незнакомыми людьми. Большинство речевых звуков приобретается к возрасту 6 — 7 лет. Хотя могут оставаться трудности в определенных звуковых комбинациях, они не ведут к проблемам общения. К возрасту 11 — 12 лет почти все речевые звуки должны быть приобретены.

Патологическое развитие. Имеет место, когда приобретение ребенком звуков речи задержано и/или отклоняется, приводя к: дизартикуляции с соответствующими трудностями для других в понимании его речи; пропускам, искажениям или заменам речевых звуков; изменению в произношении звуков в зависимости от их сочетания (то есть в некоторых словах ребенок может произносить фонемы правильно, а в других нет).

Диагноз специфического расстройства речевой артикуляции может быть поставлен только тогда, когда тяжесть нарушения артикуляции находится за пределами границ нормальных вариаций, соответствующих умственному возрасту ребенка; невербальный интеллектуальный уровень в пределах нормы; навыки экспрессивной и рецептивной речи в пределах нормы; патология артикуляции не может быть объяснена сенсорной, анатомической или невротической аномалией; неправильное произношение является несомненно аномальным исходя из особенностей употребления речи в субкультуральных условиях, в которых находится ребенок.

Расстройство экспрессивной речи – специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, хотя понимание речи находится в пределах нормы. При этом могут быть или не быть расстройства артикуляции.

Хотя при нормальном речевом развитии встречается значительное индивидуальное разнообразие, отсутствие отдельных слов или близких к ним речевых образований к 2 годам или простых выражений или фраз из двух слов к 3 годам должны быть расценены как значительные признаки задержки. Поздние нарушения включают: ограниченное словарное развитие; чрезмерное использование небольшого набора общих слов; трудности в подборе подходящих слов и слов-заменителей; сокращенное произношение; незрелая структура предложений; синтаксические ошибки, особенно пропуски словесных окончаний или приставок; неправильное использование или отсутствие грамматических признаков, таких как предлоги, местоимения, и спряжений или склонений глаголов и имен существительных. Может случаться чрезмерно обобщенное употребление правил, а также от-

сутствие плавности предложений и трудности в установлении последовательности при пересказе событий прошлого.

Часто недостаточность разговорной речи сопровождается задержкой или нарушением словесно-звукового произношения.

Диагноз расстройство экспрессивной речи должен быть установлен только тогда, когда тяжесть задержки в развитии экспрессивной речи выходит за пределы нормальных вариаций для умственного возраста ребенка; навыки рецептивной речи в нормальных пределах для умственного возраста ребенка (хотя часто она может быть немного ниже среднего уровня). Использование невербальных реплик, таких как улыбки и жесты, и «внутренней» речи, отраженной в воображении или ролевой игре, относительно интактно; способность к социальному общению без слов относительно не повреждена. Ребенок будет стремиться к общению, несмотря на речевое нарушение, и к компенсированию недостатка речи жестами, мимикой или неречевыми вокализациями. Однако нередко встречаются сопутствующие нарушения во взаимоотношениях со сверстниками, эмоциональные нарушения, поведенческие расстройства и/или повышенная активность и невнимательность. В меньшинстве случаев может отмечаться сопутствующая парциальная (часто избирательная) потеря слуха, но она не должна быть столь значительной степени, чтобы вести к задержке речи. Неадекватная вовлеченность в разговор или более общее лишение окружения может играть важную или способствующую роль в генезе нарушенного развития экспрессивной речи. В этом случае средовой причинный фактор должен быть отмечен. Нарушение разговорной речи становится очевидным с младенчества без какой-либо длительной отчетливой фазы нормального пользования речью. Однако нередко встречается явно нормальное вначале использование нескольких отдельных слов, сопровождаемое речевым регрессом или отсутствием прогресса.

Часто подобные речевые расстройства экспрессивного вида наблюдаются у взрослых, они всегда сопровождаются психическим расстройством и органически обусловлены.

Расстройство рецептивной речи – специфическое нарушение развития, при котором понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту. Во всех случаях

экспансивная речь также заметно нарушена, и нередко является дефект словесно-звукового произношения.

Неспособность реагировать на знакомые названия (в отсутствие невербальных реплик) с первого дня рождения; неспособность идентифицировать по крайней мере несколько обычных предметов к 18 месяцам или неспособность следовать простым инструкциям в возрасте 2-х лет должны быть приняты как существенные признаки задержки в речевом развитии. Поздние нарушения включают: неспособность к пониманию грамматических структур (отрицаний, вопросов, сравнений и т.д.), непонимание более тонких аспектов речи (тон голоса, жесты и т.д.).

Диагноз расстройство рецептивной речи может быть установлен только тогда, когда тяжесть задержки в развитии рецептивной речи выходит за пределы нормальных вариаций для умственного возраста ребенка и когда нет критериев общего расстройства развития. Почти во всех случаях развитие экспрессивной речи также серьезно задержано и часто встречаются нарушения словесно-звукового произношения. Из всех вариантов специфических нарушений развития речи при данном варианте отмечается наиболее высокий уровень сопутствующих социо-эмоционально-поведенческих расстройств. Эти расстройства не имеют каких-либо специфических проявлений, но гиперактивность и невнимательность, социальная неприспособленность и изоляция от сверстников, тревога, чувствительность или чрезмерная застенчивость встречаются достаточно часто. У детей с более тяжелыми формами нарушения рецептивной речи может отмечаться довольно выраженная задержка в социальном развитии; возможна подражательная речь с непониманием ее смысла и может проявляться ограничение интересов.

Однако они отличаются от аутистических детей, обычно показывая нормальное социальное взаимодействие, нормальные ролевые игры, нормальное обращение к родителям для получения комфорта, почти нормальное использование жестов и только легкое нарушение невербального общения. Нередко бывает некоторая степень потери слуха на высокие тона, но степень глухоты недостаточна, чтобы вызвать нарушение речи.

Аналогичные речевые расстройства рецептивного (сенсорного) вида наблюдаются у взрослых, которые всегда сопровождаются психическим расстройством и органически обусловлены.

Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау – Клеффнера) – расстройство, при котором ребенок, имея предшествующее нормальное развитие речи, теряет навыки как рецептивной, так и экспрессивной речи, сохраняется общий интеллект; начало расстройства сопровождается пароксизмальной патологией на ЭЭГ (почти всегда в области височных долей, обычно билатерально, но часто с более широкими нарушениями) и в большинстве случаев эпилептическими припадками. Типично начало в возрасте 3 – 7 лет, но может возникать раньше или позже в детстве. В четверти случаев потеря речи возникает постепенно на протяжении нескольких месяцев, но более часто бывает резкая потеря навыков в течение нескольких дней или недель. Связь по времени между началом эпилептических приступов и потерей речи довольно вариabельна, один из этих признаков может предшествовать другому за несколько месяцев и до 2 лет. Поведенческие и эмоциональные нарушения являются обычными в первые месяцы после начала потери речи, но отмечается тенденция к их улучшению по мере того, как дети приобретают некоторые способы коммуникации.

Этиология состояния неизвестна, но клинические данные предполагают возможность воспалительного энцефалитического процесса. Течение состояния совершенно различно; у 2/3 детей сохраняются более или менее серьезный дефект рецептивной речи, а около 1/3 полностью выздоравливают.

Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией. Данная группа представлена речевыми нарушениями, задержкой формирования высших психических функций, которые обусловлены социальной депривацией или педагогической запущенностью. Клиническая картина проявляется в ограниченности словарного запаса, несформированности фразовой речи и др.

Задержки речевого развития, сочетающиеся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков. У больных этой группы речевые нарушения проявляются ограниченностью грамматического словарного запаса, затруднениями высказываний и смыслового

оформления этих высказываний. Интеллектуальная недостаточность или когнитивные расстройства проявляются в сложностях абстрактно-логического мышления, низком уровне познавательной способности, нарушениях внимания и памяти.

Расстройства личности и поведения

Эта группа вариантов дизонтогенеза также описывается по материалам психиатрических источников, поскольку соответствующие диагнозы отнесены действующим законодательством РФ к исключительной компетентности врача-психиатра.

Мы намеренно исключили из этой части материал, относящийся к раннему детскому аутизму. Во-первых, из-за чрезвычайно низкой распространенности аутизма (не более 0,05% детской популяции). Во-вторых, из-за крайне низкой подтвержденной эффективности работы психолога с аутичными детьми. В третьих, из-за популярности темы аутизма, выражающейся в большом числе разнообразных изданий. Анализ имеющейся литературы, профессиональных и житейских стереотипов невозможно корректно провести в ограниченном объеме данного пособия.

Во всех современных психиатрических классификациях при попытках изложить детальные диагностические критерии расстройств личности возникают особые трудности, связанные с различием между наблюдениями и интерпретацией; в свете современных знаний остается нерешенной проблема ряда критериев, которые должны быть удовлетворены прежде, чем диагноз будет считаться установленным.

Некоторые из этих состояний и типов поведения появляются рано в процессе индивидуального развития как результат влияния конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются позднее.

Специфические, смешанные и другие личностные расстройства, а также продолжительные изменения личности. Эти типы состояний охватывают глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, проявляющиеся ригидными ответными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций. Они представляют собой либо чрезмерные, либо суще-

ственные отклонения от образа жизни обычного, «среднего» индивидуума со свойственными ему в данной культуре особенностями восприятия, мышления, чувствования и особенно интерперсональных отношений. Такие модели поведения имеют тенденцию к стабильности и включают многие сферы поведения и психологического функционирования. Они часто, но не всегда сочетаются с различной степенью субъективного дистресса и нарушенного социального функционирования и продуктивности.

Личностные расстройства отличаются от изменений личности по времени и характеру возникновения; они представляют собой онтогенетические состояния, которые появляются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости. Они не являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству или заболеванию мозга, хотя могут предшествовать другим расстройствам или сосуществовать с ними. Изменения личности, в отличие от них, приобретаются обычно во взрослой жизни вслед за тяжелым либо длительным состоянием, экстремальными средовыми депривациями, серьезными психическими расстройствами, заболеваниями или травмами мозга.

Каждое состояние в этой группе может быть классифицировано согласно преобладающей форме поведенческих проявлений. Однако классификация в этой области в настоящее время ограничивается описанием ряда типов и подтипов, не взаимоисключающих друг друга, а частично совпадающих по некоторым характеристикам.

Поэтому личностные расстройства подразделены на кластеры характерных черт, соответствующих наиболее часто встречающимся и заметным поведенческим проявлениям. Описанные таким образом подтипы широко признаются как основные формы девиации личности. При постановке диагноза личностного расстройства клиницист должен учитывать все аспекты функционирования личности, хотя формулировка диагноза, чтобы быть простой и эффективной, должна относиться лишь к тем личностным признакам, выраженность которых превышает предполагаемые пороговые значения.

Оценка должна основываться на возможно большем количестве источников информации. Хотя иногда, для того чтобы оце-

нить состояние личности, достаточно единственной беседы с пациентом, часто требуется больше одной беседы и сбор у информантов анамнестических сведений.

Подразделение изменений личности основано на выделении предшествующих факторов, то есть переживаний катастроф, пролонгированного стресса или напряжения и психического заболевания.

Важно отделить состояния личности от расстройств, включенных в другие разделы этой книги. Если состояние личности предшествует или сопровождает ограниченное во времени или хроническое психическое расстройство, оба они должны быть диагностированы.

Важны культуральные и региональные особенности проявлений состояний личности, однако специфические познания в этой области еще недостаточны. Состояния личности, которые, по видимому, наиболее часто распознаются в данной части света, но не соответствуют ни одному из нижеуказанных подтипов, могут быть классифицированы как «другие» расстройства личности и определены через пятый знак, предназначенный в адаптации этой классификации для той или иной страны или региона. Местные особенности проявления расстройств личности могут быть отражены в формулировке диагностических указаний для таких состояний.

Сюда же включаются состояния декомпенсации (динамики) психопатии, возникающие под воздействием психотравмирующих факторов в виде реакций, которые проявляются временным заострением психопатических черт личности, а также патологическим развитием личности.

Личностное расстройство возникает обычно в позднем детстве или подростковом возрасте и продолжает проявляться в периоде зрелости. Поэтому диагноз личностного расстройства вряд ли адекватен до 16 – 17-летнего возраста.

Диагностические указания:

Состояния, не объясняющиеся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством и удовлетворяющие следующим критериям:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; в разных культуральных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;

е) обычно, но не всегда расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

В разных культуральных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм. Для диагностики большей части подтипов, перечисленных ниже, полным основанием служит обычно наличие по крайней мере трех перечисленных характерологических признаков или особенностей поведения.

Причиной обращения к психиатру или госпитализации при расстройствах личности чаще всего являются состояния декомпенсации (реакции), то есть кратковременные обострения психопатической симптоматики, или развития с длительным усилением присущих данной личности патохарактерологических черт, приводящих к выраженным нарушениям социальной адаптации.

В отличие от расстройств личности, которые диагностируются в самом позднем периоде детства, **расстройства поведения** распространены в значительно более раннем возрасте.

Расстройства поведения характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. Такое поведение в своей наиболее крайней степени доходит до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм и является поэтому более тяжелым, чем обычный ребяческий злой умысел или подростковое бунтарство. Изолированные диссоциальные или криминальные акты сами по себе не являются основанием для диагноза, подразумевающего постоянный тип поведения. Признаки расстройства поведения могут также быть симптомами других психических состояний, при которых должен кодироваться основной диагноз.

В некоторых случаях нарушения поведения могут перейти в диссоциальное расстройство личности. Расстройство поведения часто сочетается с неблагоприятным психосоциальным окружением, включая не удовлетворительные семейные взаимоотношения и неудачи в школе; оно чаще отмечается у мальчиков. Хорошо обосновано его отличие от эмоционального расстройства, а его отличие от гиперактивности менее ясно, и они часто совпадают.

Заключения о наличии расстройства поведения должны принимать в расчет уровень развития ребенка. Например, вспышки гнева являются нормальной частью развития 3-летнего ребенка, и само по себе их присутствие не может служить основой для диагноза. В равной мере, нарушение гражданских прав других людей (как при насильственных преступлениях) невозможно для большинства 7-летних детей и поэтому не является необходимым диагностическим критерием для этой возрастной группы.

Примеры поведения, на которых основывается диагноз расстройства поведения, включают:

чрезмерную драчливость или хулиганство; жестокость к другим людям или животным; тяжелые разрушения собственности; поджоги, воровство, лживость, прогулы в школе и уходы из дома, необычно частые и тяжелые вспышки гнева; вызывающее провокационное поведение; постоянное откровенное непослушание. Любая из этих категорий при ее выраженности является достаточной для постановки диагноза, но изолированные диссоциальные акты не являются основой для диагноза.

Критерии исключения включают нечастые, но серьезные, лежащие в основе нарушений поведения состояния, такие как шизофрения, мания, общее расстройство развития, гиперкинетическое расстройство и депрессия.

Не рекомендуется ставить этот диагноз, пока продолжительность вышеописанного поведения не составит 6 месяцев или более.

Нарушения поведения часто совпадают с другими состояниями. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста должны вести к диагнозу смешанных расстройств поведения и эмоций. В случае если выполняются критерии гиперкинетического расстройства, тогда диагностируется оно. Однако более легкие и более ситуационно специфические уровни гиперактивности и невнимательности являются нередкими среди детей с расстройствами поведения, как и низкая самооценка и легкие эмоциональные волнения, они не исключают диагноз.

Несоциализированное расстройство поведения – тип расстройства поведения, характеризующийся сочетанием упорного диссоциального или агрессивного поведения (не охватывающего только оппозиционное, вызывающее, brutальное поведение) со значительным общим нарушением взаимоотношений ребенка с другими детьми.

Отсутствие эффективной интеграции в группе сверстников составляет ключевое отличие от «социализированных» нарушений поведения, и это самое важное дифференциальное отличие. О нарушенных взаимосвязях с ровесниками свидетельствуют главным образом изоляция от них и/или их отвержение ими или непопулярность у других детей; отсутствие близких друзей или постоянных эмпатических взаимных связей с другими детьми в той же возрастной группе. В связях со взрослыми есть тенденция к проявлению несогласия, жестокости и негодования; однако могут случаться и хорошие взаимоотношения со взрослыми, и, если они случаются, это не исключает диагноз. Часто, но не всегда отмечаются сопутствующие эмоциональные расстройства.

Характерно (но не обязательно), что нарушитель одинок. Типичное поведение включает в себя хулиганство, чрезмерную драчливость и (у более старших детей) вымогательство или нападения с насилием; чрезмерное непослушание, грубость, индиви-

дуализм и сопротивление авторитетам; тяжелые вспышки гнева и неконтролируемой ярости, разрушения имущества, поджоги и жестокость к другим детям и животным. Однако некоторые одиноко держащиеся дети могут, тем не менее, вовлекаться в группу правонарушителей; поэтому при постановке диагноза характер поступка менее важен, чем качество личных взаимоотношений.

Обычно расстройство проявляется в различных ситуациях, но может быть более очевидным в школе; совместимой с диагнозом является ситуационная специфичность к иному, чем дом, местоположению.

Социализированное расстройство поведения – категория, применяемая к расстройствам поведения, включающим стойкое диссоциальное или агрессивное поведение (не ограничивающееся оппозиционным, вызывающим, brutальным поведением) и возникающим у детей, обычно хорошо интегрированных в группе сверстников.

Ключевым дифференциальным признаком является наличие адекватных длительных взаимоотношений со сверстниками приблизительно того же возраста. Часто, но не всегда группа сверстников состоит из несовершеннолетних, вовлеченных в делинквентную или диссоциальную активность (в которой социально неприемлемое поведение ребенка может одобряться группой сверстников и регулироваться субкультурой, к которой он принадлежит). Однако это не является необходимым требованием для установления диагноза; ребенок может составлять часть не делинквентной группы сверстников со своим собственным диссоциальным поведением за ее пределами. В частности, если диссоциальное поведение включает в себя хулиганство, могут быть нарушены взаимоотношения с жертвами или другими детьми. Это не исключает диагноз в том случае, если ребенок имеет некую группу сверстников, которой он предан и в которой сложились продолжительные дружеские отношения.

Имеется тенденция к плохим взаимоотношениям с теми взрослыми, которые относятся к представителям властей, но с некоторыми взрослыми могут быть хорошие взаимосвязи. Эмоциональные расстройства обычно минимальные. Нарушения поведения могут включать или не включать семейную сферу, но ес-

ли они ограничены домом, то это исключает диагноз. Часто расстройство наиболее заметно за пределами семьи и специфичность проявления расстройства в обстановке школы (или в других не семейных условиях) совместима с диагнозом.

Вызывающее оппозиционное расстройство – тип расстройств поведения, характерный для детей младше 9 – 10 лет. Он определяется наличием заметно вызывающего, непослушного, провокационного поведения и отсутствием более тяжелых диссоциальных или агрессивных действий, нарушающих закон или права других. Расстройство требует, чтобы удовлетворялись общие критерии; даже серьезное непослушание или озорное поведение сами по себе недостаточны для диагноза. Многие считают, что оппозиционно-вызывающее поведение представляет менее тяжелый тип расстройства поведения, а не качественно отличающийся тип. Исследовательские доказательства недостаточны в том, является ли различие качественным или количественным. Тем не менее имеющиеся данные позволяют считать, что самостоятельность этого расстройства может быть принята в основном только у маленьких детей. Необходимо с осторожностью использовать данную категорию, особенно у более старших детей. Клинически значимые нарушения поведения у старших детей обычно сопровождаются диссоциальным или агрессивным поведением, что превышает открытое неповиновение, непослушание или брутальность; хотя нередко им могут предшествовать оппозиционно-вызывающие расстройства в более раннем возрасте. Эта категория включена с целью отражения общей диагностической практики и облегчения классификации расстройств, встречающихся у маленьких детей.

Главным признаком расстройства является постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее, провокационное и брутальное поведение, находящееся за пределами нормального уровня поведения для ребенка того же самого возраста в тех же социокультуральных условиях и не включающее в себя более серьезные нарушения прав других, которые отмечены при агрессивном и диссоциальном поведении. Дети с этим расстройством имеют тенденцию часто и активно игнорировать просьбы взрослых или правила и намеренно досаждают другим людям. Обычно они сердиты,

обидчивы, и им легко досаждают другие люди, которых они и обвиняют в своих собственных ошибках и трудностях. У них обычно отмечается низкий уровень фрустрационной толерантности и легкая потеря самообладания. В типичных случаях их вызывающее поведение имеет характер провокации, так что они становятся зачинщиками ссор и обычно проявляют чрезмерную грубость, нежелание взаимодействия и сопротивление властям.

Часто поведение более очевидно во взаимодействии со взрослыми и сверстниками, которых ребенок хорошо знает, и признаки расстройства могут не проявляться во время клинической беседы.

Ключевым отличием от других видов нарушений поведения является отсутствие поведения, нарушающего законы и основные права других, как например, воровство, жестокость, драки, нападение и разрушительность. Определенное присутствие какого-либо из вышеизложенных признаков поведения исключает диагноз. Однако оппозиционно-вызывающее поведение, как это определено выше, часто отмечается при других типах нарушения поведения.

Смешанные расстройства поведения и эмоций – группа расстройств, характеризующаяся сочетанием стойко агрессивного диссоциального или вызывающего поведения с явными и заметными симптомами депрессии, тревоги или другими эмоциональными нарушениями.

Тяжесть состояния должна быть достаточной для того, чтобы одновременно выполнялись критерии как расстройств поведения детского возраста, так и эмоциональных расстройств детского возраста или характерных для зрелого возраста невротических расстройств или расстройств настроения.

Выполненные исследования недостаточны, чтобы быть уверенными, что эта категория в самом деле независима от нарушений поведения.

Депрессивное расстройство поведения – категория, требующая сочетания расстройства поведения детства с постоянной выраженной депрессией, проявляющейся такими симптомами, как чрезмерное страдание, потеря интересов и удовольствия в обычной активности, самообвинение и безнадежность. Могут также отмечаться нарушения сна или аппетита.

Глава 4. Организация работы по коррекции и компенсации дизонтогенеза

Рассматривая организацию работы специального психолога, следует четко разделить две составляющих специальной психологии – научную и прикладную. Это разделение сохраняется в любой отрасли психологии, но именно в специальной психологии как становящейся дисциплине смешение прикладных и научных аспектов порождает особенно большую путаницу.

Специальный психолог в практике может работать в разных учреждениях, взаимодействуя с разными специалистами. Продуктивным и взаимовыгодным может быть лишь такое сотрудничество, при котором стороны одинаково осознают границы своей компетентности. Однако психиатрия и специальная педагогика как разделы медицины и педагогики насчитывают более 200 лет самостоятельной истории, а специальная психология – лишь около 30 лет (по самым оптимистичным оценкам). Поэтому значительная часть усилий специального психолога неизбежно будет затрачиваться на грамотное профессиональное позиционирование (определение своего собственного предмета и результата работы), а также на достижение взаимопонимания с коллегами из области медицины и педагогики.

В современном мире вопрос о людях с нарушениями в развитии возник далеко не случайно. Этот вопрос имеет экономическую подоплеку. Но без экономической основы нельзя ожидать от человечества действенного гуманизма. Вспомним хотя бы древнюю Спарту, где весьма специфически избавлялись от неполноценных детей. Вспомним также и то, что древняя Спарта не оставила выдающихся достижений ни в одной сфере жизни, кроме собственно спартанского образа жизни. И это неслучайно. Человечество за несколько тысячелетий своего существования относительно недавно пришло к мысли о необходимости призрения, воспитания и обучения детей с отклонениями в умственном и физическом развитии, как справедливо указывает Н.Н. Малофеев. В исторически обозримой перспективе «температура отношения» к отклоняющемуся от нормы меньшинству определялась возможностями оказания помощи, с одной стороны, и, с другой стороны – экономиче-

ской целесообразностью этой помощи. В настоящее время демографическая проблема – старение населения – создала такую ситуацию, в которой ценность каждого члена общества возрастает до размеров, неслыханных даже для Ренессанса, не говоря уже о средневековье. Образование в целом понимается как общественное благо¹, которое является залогом развития человеческого капитала и основной движущей силой экономического роста и рыночной эффективности, а также источником сплоченности всех государств². Социально-экономическое процветание в XXI веке зависит от способности стран обеспечивать образование всех членов общества, с тем, чтобы дать возможность каждому человеку преуспеть в стремительно меняющемся мире³.

Такой подход отражается в Конвенции ООН о правах ребенка, Саламанкской декларации о принципах политики и практики в области образования и современных представлениях об инклюзивном (включающем) образовании и инклюзивном обществе. Понятие «инклюзивное образование» сформировалось из убеждения в том, что образование является основным правом человека и что оно создает основу для более справедливого общества. Все учащиеся имеют право на образование, независимо от их индивидуальных качеств или проблемы⁴. Образование в целом имеет критически важное значение для становления инклюзивного общества, которое позволяет всем независимо от наличия или отсутствия нарушений в развитии участвовать в жизни общества и вносить в нее свой вклад⁵. Поскольку в современном обществе образование является целостным социальным институтом, развитие специального (коррекционного) образования становится неотъемлемой частью развития всей системы образования.

¹ Образование для инновационных обществ в XXI веке. Декларация Группы восьми. Санкт-Петербург, 16 июля 2006 года.

² Там же.

³ Заявление Председателя Группы восьми Президента РФ В.В. Путина. Санкт-Петербург, 17 июля 2006 года.

⁴ Открытое досье ЮНЕСКО по инклюзивному образованию.

⁵ Московская Декларация министров образования государств-членов Группы восьми. Москва, 1 – 2 июня 2006 года.

Согласно действующему законодательству РФ⁶, государство создает гражданам с отклонениями в развитии условия для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов. Для детей и подростков с отклонениями в развитии органы управления образованием создают специальные (коррекционные) образовательные учреждения (классы, группы), обеспечивающие их лечение, воспитание и обучение, социальную адаптацию и интеграцию в общество.

Необходимость использования специальных педагогических подходов обозначается термином «особые образовательные потребности». Особые образовательные потребности проявляются в трудностях при обучении по программе дошкольного, начального и основного общего, профессионального образования. Однако наличие трудностей в обучении само по себе не свидетельствует о наличии у ребенка особых образовательных потребностей. Установление права ребенка на специальное (коррекционное) образование для удовлетворения особых образовательных потребностей требует углубленной психолого-медико-педагогической диагностики и удостоверяется коллегиальным заключением психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК).

В соответствии с письмом Министерства общего и профессионального образования РФ от 4 сентября 1997 г. принято следующее наименование видов специальных (коррекционных) образовательных учреждений для детей с нарушениями в развитии:

I вида – для незрячих детей,

II вида – для слабослышащих детей (имеющих частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохших детей (оглохших в дошкольном или школьном возрасте, но сохранивших самостоятельную речь),

III и IV видов – для детей с нарушениями зрения (III вид – незрячих, IV – слабовидящих),

⁶ Закон РФ «Об образовании» от 10 июля 1992 года № 3266-1 (в редакции Федерального закона от 06.01.2007 № 1-ФЗ); ст. 5, п. 6, ст. 12, п. 5, ст. 50.

V вида – для детей с тяжелой речевой патологией (алалия, дизартрия, ринолалия, афазия, общее недоразвитие речи тяжелой степени, тяжелая форма заикания),

VI вида – для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (двигательными нарушениями различной этиологии и степени выраженности, детским церебральным параличом, с врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата, вялыми параличами верхних и нижних конечностей, парезами и парапарезами нижних и верхних конечностей),

VII вида – для детей с задержкой психического развития (в действующей Международной классификации болезней – «смешанного специфического расстройства психического развития»),

VIII вида – для детей с умственной отсталостью.

Аналогичная ситуация наблюдается и в области здравоохранения. Документы ВОЗ отражают изменившуюся ситуацию в мире – угроза со стороны бедных и слаборазвитых в отношении медицинской помощи стран не может быть устранена путем изоляции. Глобализация привела к тому, что мгновенно распространяются не только компьютерные вирусы. Инфекционные заболевания тоже распространяются со скоростью реактивного самолета. В любом регионе планеты медики сталкиваются с малоизученными тропическими заболеваниями, известные инфекции мутируют⁷.

В связи с этим уместно привести выдержку из документа ООН.

Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов были приняты Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на ее 48-й сессии 20 декабря 1993 года (резолюция 48/96).

История вопроса и существующие потребности

1. Во всех странах мира и в любой группе общества имеются инвалиды. Их число в мире значительно и продолжает расти.

⁷ ВОЗ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2007 год. Более безопасное будущее: глобальная безопасность общественного здравоохранения в XXI веке.

2. Причины и следствия инвалидности в разных странах различны. Эти различия объясняются разными социально-экономическими условиями и разными мерами государств по обеспечению благосостояния своих граждан.

3. Проводимая в настоящее время политика в отношении инвалидов – результат развития общества в течение последних двухсот лет. Во многих отношениях эта политика является отражением общих условий жизни и социально-экономической политики, проводимой в разное время. Однако инвалидность имеет много характерных для нее черт, которые повлияли на условия жизни инвалидов. Невежество, пренебрежение, предрассудки и страх – вот те социальные факторы, которые на протяжении всей истории являлись препятствием для развития способностей инвалидов и вели к их изоляции.

4. На протяжении многих лет политика в отношении инвалидов изменялась: она прошла путь от обычного ухода за инвалидами в соответствующих учреждениях до получения образования детьми-инвалидами и реабилитации лиц, ставших инвалидами уже в зрелом возрасте. Благодаря образованию и реабилитации инвалиды стали более активно выступать за дальнейшее развитие политики в отношении инвалидов. Созданы организации инвалидов, их семей и сторонников, которые выступают за улучшение условий жизни инвалидов. После Второй мировой войны появились такие концепции, как интеграция и включение инвалидов в нормальную жизнь общества, отражавшие растущее понимание потенциальных возможностей инвалидов. <...>

Инвалидность и нетрудоспособность

17. Термин «инвалидность» включает в себя значительное число различных функциональных ограничений, которые встречаются среди населения во всех странах мира. Люди могут стать инвалидами вследствие физических, умственных или сенсорных дефектов, состояния здоровья или психических заболеваний. Такие дефекты, состояния или заболевания по своему характеру могут быть постоянными или временными.

18. Термин «нетрудоспособность» означает утрату или ограничение возможностей участия в жизни общества наравне с дру-

гими. Он предполагает отношение между инвалидом и его окружением. Этот термин применяется с целью подчеркнуть недостатки окружения и многих аспектов деятельности общества, в частности, в области информации, связи и образования, которые ограничивают возможности инвалидов участвовать в жизни общества наравне с другими.

19. Использование двух терминов «инвалидность» и «нетрудоспособность», как они определяются в пунктах 17 и 18, следует рассматривать в свете современной истории инвалидности. В 1970-х гг. многие представители организаций инвалидов и специалисты в области инвалидности резко высказывались против используемой в то время терминологии. Существовала нечеткость и путаница в использовании терминов «инвалидность» и «нетрудоспособность», что мешало разрабатывать соответствующую политику или осуществлять меры политического характера. Эти термины отражали медицинские и диагностические подходы и игнорировали несовершенство и недостатки окружающего общества. <...>

Предупреждение инвалидности

22. Термин «предупреждение инвалидности» означает осуществление комплекса мер, направленных на предупреждение возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на предупреждение перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня). <...>

Реабилитация

23. Термин «реабилитация» означает процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости. Реабилитация может включать меры по обеспечению и/или по восстановлению функций или компенсации утраты или отсутствия функций или функционального ограничения. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской по-

мощи. Он включает в себя широкий круг мер и деятельности, начиная от начальной и более общей реабилитации и кончая целенаправленной деятельностью, например, восстановлением профессиональной трудоспособности.

Обеспечение равных возможностей

24. Термин «обеспечение равных возможностей» означает процесс, благодаря которому различные системы общества и окружающей среды, такие как обслуживание, трудовая деятельность и информация, оказываются доступными всем, особенно инвалидам.

25. Принцип равенства прав предполагает, что потребности всех без исключения индивидуумов имеют одинаково важное значение, что эти потребности должны служить основой планирования в обществе и что все средства следует использовать таким образом, чтобы каждый индивидуум имел равные возможности для участия в жизни общества.

26. Инвалиды являются членами общества и имеют право оставаться жить в своих общинах. Они должны получать поддержку, в которой они нуждаются, в рамках обычных систем здравоохранения, образования, занятости и социальных услуг.

27. После достижения инвалидами равных прав они должны также иметь равные обязанности. По мере получения инвалидами равных прав общество вправе ожидать от них большего. В рамках процесса обеспечения равных возможностей необходимо создать условия для оказания помощи инвалидам, с тем чтобы они могли в полной мере выполнять свои обязанности как члены общества.

Заметим, что в нашей стране юридические и экономические гарантии прав всех граждан (вопреки расхожему мнению) соответствуют самым современным стандартам ООН. Дискриминация граждан по любому признаку строго запрещена законом, могут лишь временно и с правом последующего переосвидетельствования вводиться ограничения на определенные виды профессиональной деятельности.

Итак, имея перед собой высокие гуманистические ориентиры, заданные ООН, мы приступаем к практической работе. И сразу сталкиваемся с феноменом так называемой «диагностической

индульгенции» (см. рис. 11). Его мы обсудим позднее. Сейчас рассмотрим внимательнее рис. 10, на котором приведено обоснование «диагностической индульгенции».

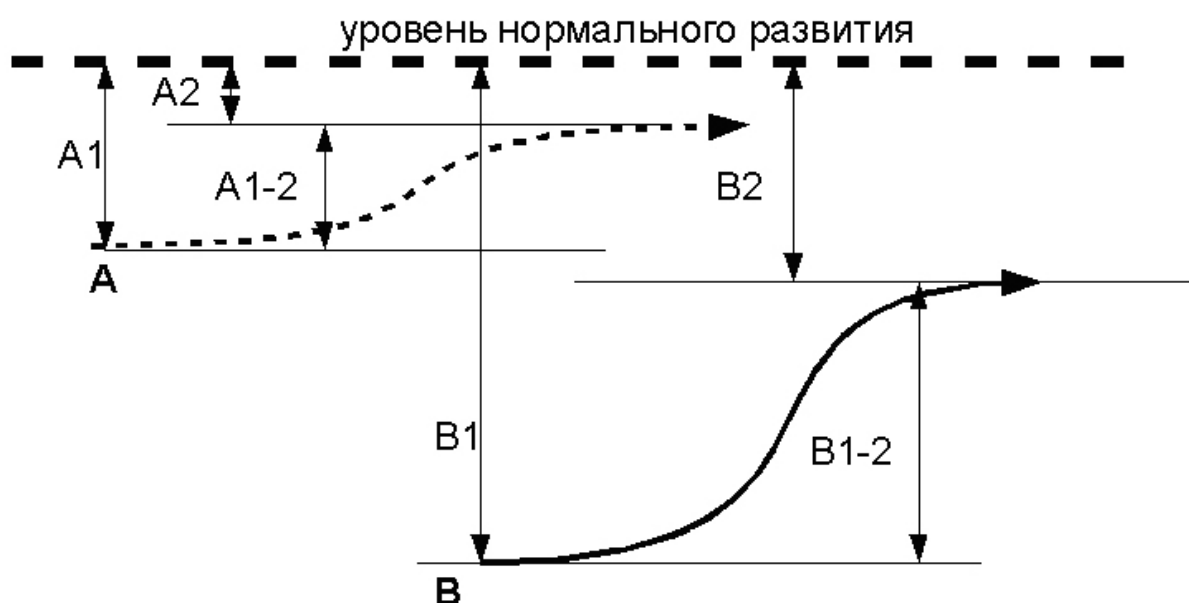


Рис. 10.

Мы видим, что вполне возможна ситуация, когда психолог работает с двумя людьми (А и В). Исходно более выраженное нарушение в развитии наблюдается у В ($B1 > A1$), поэтому работа психолога с ним, которая приводит к большему сдвигу по сравнению с первоначальным состоянием ($B1-2 > A1-2$), требует значительных усилий. И эти усилия оправданы! Но лишь с одной точки зрения (В). С другой точки зрения (А) меньший прогресс в ходе работы несомненно более значим, поскольку итоговый результат ближе к уровню нормы, чем в сравнительно тяжелом случае ($A2 < B2$). И с точки зрения общества в целом отнюдь не очевидно, какой случай более значим с точки зрения реабилитации. С большими усилиями и при сравнительно более высокой эффективности этих усилий (эффективность здесь – соотношение *работа / результат*) мы можем получить более высокое отклонение от нормы, чем при меньших и сравнительно менее эффективных усилиях.

Приведенный пример станет яснее, если мы предположим, что В – ребенок с аутизмом, А – ребенок с речевым расстройством. Понятно, что речевое расстройство не устраняется полностью, но

осложняет жизнь ребенка намного меньше, чем аутизм (при самой эффективной коррекции). Поэтому в практической работе имеет значение не столько профессиональный интерес, сколько ожидаемый результат. Для подобных ситуаций (распространенных в военной хирургии) выдающимся отечественным врачом Николаем Ивановичем Пироговым была введена классификация по тяжести и обратимости, получившая название «Пироговские ряды».

Изложенный материал позволяет сформулировать первое правило работы по коррекции и компенсации дизонтогенеза.

Необходимость коррекции или компенсации дизонтогенеза определяется запросом заинтересованных сторон на возможный результат, а не научно обоснованными возможностями специалиста.

Поставленную цель (контуры ожидаемого результата) мы будем далее называть «мишенью» работы. И в этой связи формулируем второе правило.

В одном и том же случае разные специалисты имеют разные «мишени» работы, следовательно, они не взаимозаменяемы.

Проиллюстрируем второе правило в таблице 1, где собраны типичные «мишени» работы разных специалистов и сразу же введем третье правило.

Вторичные нарушения, как правило, являются приоритетным объектом воздействия, поскольку легче поддаются изменению, чем первичные.

Внимательное изучение таблицы 1 показывает, что работа специального психолога в части «мишени» не так зависит от специфики дизонтогенеза, как работа педагога. Однако дизонтогенетическая специфика присутствует скрыто – как общая логическая основа понимания и планирования происходящего. В разных вариантах дизонтогенеза, по разным причинам, специальный психолог может применять одни и те же меры. Но в каждом случае вопрос о применимости того или иного воздействия решается индивидуально, на основе научной модели существенных (с точки зрения запроса заинтересованной стороны) аспектов ситуации дизонтогенеза. А при моделировании ситуации дизонтогенеза

психолог использует знания об общих и специфических закономерностях отклоняющегося развития.

Таблица 1

«Мишени» работы различных специалистов

Дизонтогенез	Специалист	«Мишень» работы
Сенсорные нарушения	Врач соответствующего профиля (сурдолог или офтальмолог)	Биологическая коррекция нарушения. Протезирование. Сохранение остаточной чувствительности
	Врач-психиатр и/или психотерапевт	Лечение сопутствующих психических расстройств
	Педагог (в том числе логопед)	Формирование умений и навыков, соответствующих программе образовательного учреждения определенного вида с I по IV)
	Психолог	<i>Для родителей</i> Адекватное понимание развития ребенка. Формирование навыков взаимодействия с ребенком. Психологическая поддержка.
		<i>Для учителей и врачей</i> Адекватное понимание развития ребенка. Формирование навыков взаимодействия с ребенком. Психологическая поддержка
		<i>Для ребенка</i> Оценка развития. Создание методики работы (для педагогов или родителей). Работа по коррекции вторичных нарушений и компенсации первичных (в ограниченном круге ситуаций)
Речевые нарушения	Врач-невролог	Установление и лечение органической причины речевого расстройства
	Врач-психиатр и/или психотерапевт	Лечение сопутствующих психических расстройств
	Педагог (в том числе логопед)	Формирование умений и навыков, соответствующих программе образовательного учреждения (V вида)

	Психолог	<p><i>Для родителей</i> Адекватное понимание развития ребенка. Формирование навыков взаимодействия с ребенком. Психологическая поддержка</p>
		<p><i>Для учителей и врачей</i> Адекватное понимание развития ребенка. Формирование навыков взаимодействия с ребенком. Психологическая поддержка</p>
		<p><i>Для ребенка</i> Оценка развития. Создание методики работы (для педагогов или родителей). Работа по коррекции вторичных нарушений и компенсации первичных (в ограниченном круге ситуаций)</p>
Дисгармоническое развитие	Врач-психиатр и/или психотерапевт	Лечение основных и сопутствующих психических расстройств
	Педагог (в том числе логопед)	—
	Психолог	<p><i>Для родителей</i> Адекватное понимание развития ребенка. Формирование навыков взаимодействия с ребенком. Психологическая поддержка</p>
		<p><i>Для учителей и врачей</i> Адекватное понимание развития ребенка. Формирование навыков взаимодействия с ребенком. Психологическая поддержка</p>
		<p><i>Для ребенка</i> Оценка развития. Создание методики работы (для педагогов или родителей). Работа по коррекции вторичных нарушений и компенсации первичных (в ограниченном круге ситуаций)</p>

В связи с изложенным введем четвертое (и последнее в данном пособии) правило работы по коррекции и компенсации дизонтогенеза.

Мероприятия планируются на основе эксплицитной научной модели дизонтогенеза. Модель включает в себя, во-первых, данные о первичном нарушении, его характере течения и прогнозе (биологическая сторона дизонтогенеза); во-вторых, данные об условиях развития ребенка (социальная сторона дизонтогенеза).

Проиллюстрируем введенные правила рис. 11. Это копия страницы из тетради по русскому языку ученика 9 класса общеобразовательной школы. Мальчик до 17 лет имел невыявленное нарушение интеллекта.

Из приведенного примера мы видим, что даже в том случае, когда никто не знал о психическом расстройстве ребенка (умственная отсталость легкой степени), дизонтогенетические нарушения все-таки имели место.

По характеру графической продукции видны нарушения мелкой моторики и нарушения письменной речи («мишень» работы педагога-дефектолога).

По содержанию текста видны нарушения поведения на уроке (игнорирование требований учебника) и можно предположить ряд других нарушений поведения (подтверждены объективными данными и в ходе дальнейшего обследования).

С учетом возраста ребенка (17 лет на момент обследования) выделяются следующие задачи работы психолога:

- 1) Разъяснение родителям и ребенку диагноза и его правовых последствий.
- 2) Разъяснение учителям особенностей развития ребенка.
- 3) Профконсультация ребенка по выбору дальнейшего обучения.
- 4) Тренинг поведенческих навыков ребенка.

Приведенный пример иллюстрирует редкий, почти уникальный случай поздней диагностики умственной отсталости. Но даже в такой сложной ситуации психологическая помощь ребенку и его родителям необходима. И одним из важных направлений работы должна быть работа психолога с поведенческими навыками ребенка, описанная в заключительной главе данного пособия.

Вздыхает огреша.

Классная работа.

Упражнение 344

молчание нарушил этот неизвест-
ный произнес ~~муж~~ протяжным
тяжелым голосом и с грузинским
акцентом следующие слова, добрый
день ураг Стелом Егоров. Грузин
откинул копыта на скамейку и
спросил даже привезли ли кангони
вы шкуры. Да мы шкуры улы-
баясь ответили ему подумав

рассердившись вот прицепился заха-
мичный черн[]ый. Володя пашу-
рик посмотрел на свой потловок
отыкнулся и не уверенно спросил, а
что рыба в другую лужу ушла

Тр 345

1 Приходите вечером в преддверии
прекрас в плавательный бассейн.

Рис. 11

Глава 5. Основы поведенческой терапии

При попытке изменить чье-либо поведение мы используем законы формирования поведения независимо от того, знаем мы их или нет. Не зная эти законы, чаще всего мы их применяем неправильно. В настоящее время психология поведения может предложить простые и эффективные способы воздействия на поведение. Ниже мы опишем эти способы, опираясь на работы Карен Прайор.

Применяя воздействие на поведение (бихевиоральное воздействие), родители и учителя часто получают желаемое поведение настолько быстро и легко, что забывают об одном важном моменте. Поведение здорового, благополучного ребенка почти всегда естественным образом является таким, каким его хотели бы видеть близкие. Можно сказать, что здоровый и благополучный ребенок сам ведет себя «правильно». Конечно, у всякого ребенка встречается такое поведение, от которого его родители и учителя хотели бы избавиться, но в целом здоровый ребенок «ведет себя хорошо».

Проблемы, связанные с поведением ребенка, можно разделить на две группы.

Первая группа – собственно поведенческие проблемы у достаточно здорового и благополучного ребенка. Например, ребенок часто опаздывает в школу, хотя ему нравится учиться. Другой пример – несоблюдение правил дорожного движения, что часто создает угрозу жизни и здоровью ребенка. В этом случае воздействие на поведение очень эффективно.

Вторая группа – поведенческие проблемы, связанные с нарушением здоровья и благополучия ребенка. Например, при гриппе, на фоне высокой температуры и дети, и даже взрослые становятся капризными, раздражительными, иногда агрессивными. В этом случае нет никакого смысла заниматься психологической коррекцией поведения. Нужно обратиться к врачу-терапевту и провести лечение основного расстройства – гриппа.

Более сложная ситуация возникает тогда, когда ребенок часто болеет и привыкает быть капризным. Только лечение основного заболевания уже не приводит к полному исчезновению капризов. В

этом случае необходимо как воздействие на поведение, так и лечение основных или сопутствующих заболеваний. В научной литературе описаны многочисленные случаи неблагоприятного влияния болезней на психическое развитие ребенка. Часто болеющие дети нередко имеют более низкую самооценку, чем их здоровые сверстники, они бывают более рассеяны и т.д. Во всех подобных случаях следует сочетать воздействие на поведение ребенка с лечением того заболевания, которое провоцирует нежелательное поведение.

Самая сложная – *третья группа* поведенческих проблем. Это проблемы детей, нежелательное поведение которых определяется расстройством, не поддающимся прямому лечению. Например, ребенок с умственной отсталостью или детским аутизмом во многих ситуациях демонстрирует нежелательное поведение. Если поведение ребенка не имеет ярко выраженного патологического характера, применение поведенческих методов бывает достаточно эффективно, хотя и не приводит к полному устранению нежелательного поведения. Но если поведение ребенка приобретает отчетливый патологический характер (например, тики, немотивированная агрессия, жестокость), то поведенческое воздействие нужно сочетать с симптоматическим лечением соответствующего расстройства у врача-психиатра.

Основное понятие, используемое в поведенческом подходе, – подкрепление. Всякое поведение направлено на положительное подкрепление и прекращается, когда человек не получает ожидаемого подкрепления или получает отрицательное подкрепление. Патологическое поведение считается таким именно потому, что не зависит от подкрепления. Во всяком случае патологическое поведение зависит от подкрепления в значительно меньшей степени, чем обычное поведение.

Часто мы запугиваем, спорим, принуждаем, лишаем чего-либо. Мы ругаем ребенка, когда он ведет себя плохо, и забываем похвалить, когда все хорошо. Законы подкрепления просты: их можно переписать за десять минут и выучить за час. Применение их в основном зависит от ситуации, такое обучение и управление поведением подобно игре.

Обучение с подкреплением не похоже на систему наград и наказаний. Награды и наказания приходят обычно после того, как

действие совершено, часто спустя длительное время. Они могут повлиять, а могут и не повлиять на будущее поведение, но они, безусловно, не могут воздействовать на уже совершенные действия. Подкрепление – это то, к чему надо стремиться, например, улыбка или ласка, или «отрицательное», которого надо избегать, подобно рывку поводка или нахмуренным бровям. Подкрепление происходит именно во время поведения, на которое надо воздействовать. Подкрепление изменяет поведение только тогда, когда дается в правильно выбранный момент.

Подкрепление

Как считает Карен Прайор, положительное подкрепление – это событие, совпадающее с каким-либо действием и ведущее к увеличению вероятности повторного совершения этого действия. Поэтому в нем заложен секрет успешного обучения.

Существуют всего два вида подкрепления: положительное и отрицательное.

Положительное подкрепление – нечто желаемое человеком: пища, ласка или похвала.

Отрицательное подкрепление – то, чего человек хотел бы избежать: шлепок, нахмуривание бровей, неприятный звук. Предупреждающий сигнал (зуммер) в машинах, который раздается, если вы забыли пристегнуть ремень безопасности, – тоже отрицательное подкрепление.

Поведение, которое уже встречается, можно усилить с помощью положительного подкрепления.

Самое главное – то, что нельзя подкрепить поведение, которое не встречается. С другой стороны, если вы всегда проявляете радость, когда домашние вам звонят (или делают что-то приятное), то их поведение положительно подкрепляется, вероятность частоты их звонков, очевидно, увеличится. Это правило, однако, действует лишь при одинаковых условиях. Если человек уехал в другой город и очень занят, ему будет труднее позвонить домой. Тогда желательное поведение может стать редким даже при интенсивном подкреплении.

Если в ответе на звонок высказывать претензии («Почему ты не позвонил, почему я должна тебе звонить, ты мне никогда не звонишь» и т.д.), то фактически будет использоваться отрицательное подкрепление. Так создается ситуация, при которой звонящий избегает неприятностей тем, что не звонит; тем самым мы обучаем его не звонить.

Простое введение положительного подкрепления за правильное, с вашей точки зрения, поведение является наиболее элементарной частью обучения.

Например, очень действенный способ приучить ребенка не мочиться в постель – лично похвалить его и выразить свое удовольствие, если утром простынки оказались сухими.

Важно помнить, что подкрепление относительно, а не абсолютно. Дождь является положительным подкреплением для уток, отрицательным – для кошек и довольно безразличен для коров. И для человека, который одет «не по погоде» дождь или мороз являются сильными отрицательными подкреплениями, но они становятся безразличны, если есть зонтик или теплая шуба. Пища не является положительным подкреплением, когда сыты. Улыбки и похвалы могут быть непригодными в качестве подкрепления, если ребенок хочет вывести вас из себя. В качестве подкрепления надо выбирать нечто желаемое субъектом.

Отрицательное подкрепление можно определить как то, что субъект будет стараться избегать. Отрицательные подкрепления имеют градации от слегка неприятных стимулов – едва заметный сквозняк от кондиционера в поезде, который все-таки заставляет нас пересаживаться на другое место, до всевозможных крайностей, например удара электрическим током. Наказание отличается от отрицательного подкрепления тем, что происходит после поведения, на которое должно воздействовать. Таким образом, вы не можете избежать наказания, изменив взгляды или поступки, так как неправильное поведение уже осуществилось.

Малыш, которого отшлепали за плохие оценки, может в дальнейшем учиться лучше или хуже, но никогда не сможет изменить тех оценок, которые он уже принес. Напротив, отрицательное подкрепление можно остановить или избегнуть сиюминутным изменением поведения.

Сформулировать общее правило подачи подкрепления очень легко: подкрепление должно совершаться в связи с действием, которое предполагается видоизменить.

Подкрепление – это информация. Оно говорит субъекту, что именно нам нравится. Когда субъект пытается обучиться, информационное содержание подкрепления становится важнее самого подкрепления. В тренировке спортсменов или при обучении танцоров именно восклицания инструктора «Да!» или «Хорошо!», отмечающие нужное движение, а не разбор тренировки или репетиции в раздевалке дают требующуюся информацию. Запоздалое подкрепление является наибольшим недочетом начинающего инструктора. Ребенок понял, чего нам хотелось бы, и делает это правильно, но к тому времени, когда вы говорите «Молодец», он уже снова ошибся. «За что, – думает ребенок, – меня хвалят?» За то, что он ошибся.

Если у вас возникают трудности в обучении, первый вопрос, который надо себе задать, не запаздывает ли ваше подкрепление.

Мы всегда слишком запаздываем, подкрепляя друг друга. «Послушай, дорогая, вчера вечером ты выглядела замечательно», – звучит совсем не так, как та же фраза, сказанная вовремя. Отсрочка подкрепления может даже оказать вредное воздействие («А что, разве я сейчас не выгляжу замечательно?»). Слишком раннее подкрепление тоже неэффективно. Иногда мы подкрепляем детей слишком рано, находясь под ложным впечатлением, будто мы их подбадриваем («Молодец, хорошо, ты уже почти все сделала правильно»). Возможно, при этом мы подкрепляем попытки. Но существует разница между попыткой сделать что-то и выполнением этого.

Фразы типа «я не могу» иногда отражают фактическое положение вещей, например, в том случае, когда требования гимнастической программы обучения значительно превышают возможности ребенка. Но такие фразы могут являться и признаками того, что раньше часто подкреплялись просто попытки. Вообще, подкрепление поведения, которое еще не совершилось, подарками, обещаниями, комплиментами или чем-нибудь в этом роде ни капельки не подкрепляет это поведение. Если что-то и подкрепля-

ется, так это поведение, совершающееся в данное время: вероятнее всего – выпрашивание подкрепления.

Так происходит и с людьми, к которым постоянно придираются и бранят родители, начальство или учителя. Если отрицательное подкрепление не прекращается в момент достижения желаемых результатов, то оно не является подкреплением и не несет информации. Оно становится привычным «шумом» и теряет свою эффективность. Поэтому редкие замечания могут привести к изменению поведения, а длительная «воспитательная беседа» с ребенком по дороге в гости, скорее всего, не окажет никакого воздействия.

Большой куш

Одним из наиболее полезных приемов подкрепления для человека является получение «большого куша». Это награда, которая во много раз больше обыкновенного подкрепления и является сюрпризом для субъекта. Почему незаработанный куш может оказать внезапное и далеко идущее влияние, не вполне понятно, но влияние большого куша – достоверно зафиксированный факт. Желанная игрушка, купленная «просто так» может способствовать тому, чтобы ребенок вел себя «хорошо», с точки зрения родителей, не только ближайшим вечером, но и несколько дольше.

Заметим также, что большой куш не может быть частым подкреплением. Став привычным, большой куш приведет лишь к обесцениванию обычных подкреплений, к необходимости по нарастающей увеличивать интенсивность привычного подкрепления.

Условное подкрепление

Подкрепление должно быть связано только с соответствующим поведением – обусловленным или условным.

Например, дети, которые ездили на пони, очень скоро научились говорить: «Хорошая лошадка!», только когда хотели подкрепить ее правильное поведение. Если им просто хотелось выразить свою привязанность, они могли болтать с пони как угодно, не

употребляя этих слов. Однажды девочка, которая только что присоединилась к их компании, начала гладить пони, приговаривая: «Ты хорошая лошадка!». Трое остальных тотчас же ополчились на нее: «Ты за что ему это говоришь? Он же ничего не сделал!».

Подобным же образом можно и должно окружить заботой и вниманием детей, супруга, родителей, любимых и друзей безотносительно к какому-нибудь определенному поведению, но необходимо приберечь что-то специально в качестве условного подкрепления чего-либо определенного.

Фальшивая или незначимая награда вскоре вызывает негодование даже у маленьких детей и теряет всякую силу в качестве подкрепления. Можно выработать и условное отрицательное подкрепление, которое может быть очень полезным. Дети и многие животные часто моментально реагируют на резкое, громкое слово запрета, которое ничем не сопровождается. Можно использовать слово «Стоп!». Возможно, оно является первичным или безусловным подкреплением. Но дети быстро обучаются игнорировать окрики и брань.

Бесполезно говорить нарядному ребенку, который лезет в глубокую лужу: «Куда тебя несет, неряха! Подойди ко мне и иди по дороге аккуратно, ты же в праздничном костюме!». Гораздо эффективнее просто сказать ребенку: «Стоп!». После этого необходимо дождаться выполнения требования и выдержать короткую паузу. Потом можно дать четкое и короткое указание «Иди по тротуару!». Главное – не забыть подкрепить ребенка в тот момент, когда он пойдет по тротуару. Для здорового и благополучного в психологическом плане ребенка может быть достаточным только отрицательное подкрепление – стоп! Но в целом положительное подкрепление правильного поведения намного повышает эффективность отрицательного подкрепления нежелательного. Можно сказать, что дети любят получать положительные подкрепления и ведут себя лучше, когда мы даем им такую возможность.

Режимы подкрепления

Существует распространенное опасение, что если мы начали вырабатывать поведение с помощью положительного подкрепле-

ния, то должны будем продолжать применение подкрепления на протяжении всей дельнейшей жизни субъекта, а если этого не будет, то и поведение исчезнет. Это опасение обычно подтверждается только при использовании награды вместо подкрепления.

В отношении поведенческого воздействия, основанного на подкреплении, такое опасение абсолютно беспочвенно: постоянное подкрепление необходимо только на стадиях обучения. Можно несколько раз вознаградить годовалого ребенка за пользование горшком, но как только поведение заучено, предмет обучения сам о себе позаботится.

Мы даем или должны давать начинающему множество подкреплений. Так обучение ребенка езде на велосипеде идет под настоящий поток: «Правильно, крепче держи руль, у тебя получилось, хорошо!» Но мы будем выглядеть довольно глупо, если будем продолжать хвалить его после того, как навык установился.

Для того чтобы поддерживать уже выученное поведение на определенном уровне надежности, не только не надо подкреплять его все время, а даже, наоборот, следует прекратить регулярные подкрепления и перейти на эпизодическое использование подкрепления, подаваемого в случайном и непредсказуемом порядке. Такой непостоянный режим гораздо более эффективен для поддержания уже сформированного поведения, чем постоянный, предсказуемый.

Действенность вариативного подкрепления лежит в основе всех азартных игр.

Если каждый раз, опустив в автомат 5 рублей, мы будем получать десять, то скоро потеряем к этому интерес. Как показывают многочисленные исследования, людям нравится играть с автоматом именно потому, что невозможно предугадать заранее, то ли ничего не получишь, то ли какую-то мелочь, то ли сразу кучу денег, и когда именно будет это подкрепление (это может быть только в самый первый раз). Почему одни люди втягиваются в азартную игру, а другие могут поиграть и бросить, это уже другой вопрос, но для тех, кто попался на крючок, этим крючком стал вариативный режим положительного подкрепления.

Общее правило подкрепления желательного поведения таково: чем длительнее интервалы между подкреплениями в вари-

тивном режиме, тем сильнее оно стимулирует поведение. При этом длительность интервалов между подкреплениями не должна увеличиваться до бесконечности.

Лишь в одном случае не следует прибегать к вариативному режиму подкрепления, после того как поведение заучено – когда интересующее нас поведение направлено на решение задачи, успешного ответа в школе, сдачи экзамена и т.д.

Полезно бывает установить некоторые границы непредсказуемого подкрепления, например, решить, что мы подкрепляем самостоятельную уборку у аккуратного ребенка не чаще десяти раз за год. А в этих рамках подкреплять самостоятельную уборку в комнате можно случайным образом.

Важно помнить, что режимы с длительными интервалами работают против нас, когда мы стараемся угасить нежелательное поведение. Можно сказать, что основная проблема борьбы с нежелательным поведением заключается в том, что мы просто забываем об этом поведении на какое-то время. Как только мы вновь вспомним об этом, начинать придется заново, «с нуля». Если поведение не подкреплять совсем, то скоро появится тенденция к его угасанию; но если оно все-таки время от времени подкрепляется – неважно, как часто – достаточно одной похвалы ворчуну или капризному ребенку, нытику, чтобы его поведение было значительно усилено режимом с длительными интервалами между подкреплениями. Можно жить ради даже очень редких моментов полного счастья, которое наступает, например, когда родители забыли на время о требовании: «приходить домой не позднее 21 часа». И парадоксально с точки зрения здравого смысла, но закономерно с точки зрения теории обучения, что чем реже и непредсказуемей становятся такие моменты, тем сильнее становится их подкрепляющий эффект, и тем дольше сохраняется линия поведения.

Долговременные программы поведения

В дополнение к вариативному режиму подкреплений полезно применять и постоянный, при котором человек хорошо знает, что он должен работать определенное время или выполнить определенный комплекс действий за каждое подкрепление.

Например, подкрепляя каждые десять страниц прочитанной и пересказанной книги, можно развить у ребенка любовь к чтению лучше, чем если мы будем долго разговаривать с ним о пользе книг. Затем можно постепенно увеличивать интервалы между подкреплениями подкреплять каждую прочитанную главу или каждый прочитанный рассказ, затем – каждую прочитанную книгу.

Трудность работы с фиксированным режимом подкрепления состоит в том, что первые случаи правильного поведения не подкрепляются, и возникает тенденция к уменьшению затрачиваемых усилий.

Это отрицательное влияние фиксированного режима подкреплений является важным фактором во многих видах человеческой деятельности, например в школе. Чтобы получить подкрепление, необходимо работать в течение определенного времени, но так как подкрепление дается в фиксированном режиме, независимо от качества выполнения, человек совершенно естественно стремится делать то наименьшее количество работы, которое позволяет не выпасть из игры, особенно низкая производительность может быть в начальный период работы. Поэтому очень важно, чтобы ребенок не просто прочел книгу, а понял ее содержание, не просто отсидел все уроки, а учился.

Другое явление, встречающееся при очень длительных интервалах между подкреплениями, – замедленный старт. Это очень распространено в повседневной жизни большинства людей.

В любой долгосрочной задаче, начиная с уплаты долгов и кончая уборкой комнаты, можно придумать бесконечное количество причин для того, чтобы не начать дело безотлагательно. Написание чего-либо, иногда даже просто письма, а тем более – домашней работы – тоже поведение с долгосрочной программой. Когда оно уже начато, все идет прекрасно. Но так трудно заставить себя сесть и начать!

Один из способов преодоления феномена отсроченного начала заключается в том, чтобы вводить какое-либо подкрепление именно за старт.

Самоподкрепление

Одним из наиболее полезных практических применений подкрепления является самоподкрепление. Этому приему можно довольно легко обучить ребенка, если не вдаваться в долгие рассуждения, а просто сказать ему, что именно надо сделать. Правда, в этом случае рассуждать придется родителям.

Мы часто пренебрегаем самоподкреплением. Отчасти потому, что это не приходит нам в голову, отчасти потому, что склонны требовать от себя гораздо больше, чем от других. В результате мы часто по несколько дней не расслабляемся, переходя от одной задачи к другой, от нее к третьей, не замеченные и не отблагодаренные даже самими собой. Не говоря уже о подкреплении себя за изменение какой-либо привычки или приобретение нового навыка, какое-либо подкрепление необходимо и просто для будничной жизни; лишение себя подкреплений – одна из частых причин повышения нервозности и депрессий.

Вы можете подкрепить себя здоровыми способами – часом досуга, прогулкой, разговором с друзьями или хорошей книгой; или нездоровыми – сигаретами, спиртным, пищей, от которой толстеют, наркотиками, сидением допоздна и т.д.

Но детей нужно обучать только здоровым способам самоподкрепления (другим они научатся сами). Также постарайтесь, чтобы дети не слишком часто замечали те нездоровые способы самоподкрепления, которые используете вы.

Десять правил выработки желательного поведения

Некоторые из этих правил берут начало из научных психологических лабораторий или институтов, занимающихся подготовкой десантников, разведчиков и т.д. и установлены экспериментально. Другие правила не были предметом специального изучения, они рассматриваются всеми, кто имел дело с выработкой поведения, как неотъемлемой особенностью работы: вы всегда узнаете (обычно слишком поздно), когда вы нарушили одно из правил выработки желательного поведения. Эти правила не нужно

запоминать или обсуждать, достаточно просто применять их, и вы получите желаемый результат. Если результата не получилось, нужно просто перечитать тот раздел книги, который вы сейчас читаете, найти и исправить свою ошибку. После того как вы нашли и исправили ошибку – подумайте и попробуйте еще раз.

Перечислим правила выработки желательного поведения:

1. Повышайте критерий небольшими градациями, чтобы у субъекта всегда была реальная возможность выполнить требуемое и получить подкрепление.

2. В конкретный промежуток времени отрабатывайте что-нибудь одно, не пытайтесь формировать поведение по двум критериям одновременно.

3. Прежде чем увеличивать или повышать критерий, пользуйтесь подкреплением текущего уровня ответа, т.е. подкрепляйте любое исполнение данного действия, имеющегося в данный момент.

4. Вводя новый критерий, временно ослабьте старые.

5. Будьте впереди того, кого вы обучаете: полностью планируйте свою программу выработки так, чтобы в случае внезапного успеха обучаемого, вы знали, что следует подкреплять далее.

6. Не меняйте тренеров в ходе обучения; у вас может быть несколько инструкторов на одного обучающегося, но придерживайтесь одной программы выработки на каждый из типов поведения.

7. Если одна процедура выработки не приносит успеха, найдите другую, существует столько же способов добиться нужного поведения, сколько существует людей, способных их придумать.

8. Не заканчивайте занятие, не дав положительного подкрепления, это соответствует наказанию.

9. Если навык ухудшается, возвратитесь к «детскому саду», быстро повторите весь процесс выработки с серией легких подкреплений.

10. Оканчивайте по возможности каждое занятие на успехе и в любом случае останавливайтесь, оставаясь впереди обучаемого.

Многие родители допускают нарушения первого правила. Если ребенок плохо учится, его наказывают, отбирают плееры, мобильные телефоны и т.д. до улучшения отметок. Ребенок мо-

жет действительно начать заниматься лучше, его оценки улучшаются с «двойки» на «тройку». Однако вместо того, чтобы поощрить этот прогресс, родители говорят, что оценки еще недостаточно хорошие, и продолжают придерживаться своего запрета.

Это наращивание (эскалация) критерия бывает слишком резким, дети совсем перестают заниматься. Более того, они становятся очень недоверчивыми.

У второго правила множество практических применений. Если задачу можно расчленить на отдельные компоненты, которые затем формируются отдельно, обучение пойдет гораздо быстрее. Часто нам не удается добиться прогресса в каком-либо навыке, хотя мы много упражняемся, потому, что мы пытаемся сразу улучшить две или более стороны деятельности.

Нужно подумать: одно ли свойство характеризует данное поведение? Нельзя ли его расчленить и работать отдельно над различными критериями? Когда вы займетесь этими вопросами, большинство проблем решатся сами собой.

Следует постоянно помнить о вариативной шкале подкреплений! Как только поведение усвоено, необходимо подкреплять его не каждый раз, чтобы поддерживать его на данном уровне. Это правило составляет суть процесса выработки.

Когда можете позволить себе подкреплять данный уровень поведения случайным образом и сохранять уверенность в получении его, мы получаем свободу в использовании подкреплений только за лучшие проявления данного поведения.

Хорошая выработка поведения представляет из себя серию чуть заметных переходов между непрерывным подкреплением (когда достигнут новый уровень выполнения) и вариативным подкреплением (когда достижение закрепилось и создалась возможность избирательного подкрепления еще более хороших ответов).

То, что раз выучено, не забывается, но под подавляющим воздействием нового критерия старое, хорошо выученное поведение иногда временно уходит в сторону.

Часто учителя приходят в состояние крайнего раздражения во время проверки знаний, потому что все дети делают одну ошибку за другой, они как будто забыли все, чему были обучены. Причиной становится то, что учитель незаметно для себя вводит

новые требования или создает новую для ребенка ситуацию: привыкание к новым условиям временно перекрывает освоенное поведение. По мере привыкания все навыки восстанавливаются без дополнительных усилий. Более того, в этом случае дополнительные усилия учителя даже вредны.

Из этого следует один вывод – надо всегда планировать время на привыкание к новой ситуации.

Ребенок может вдруг начать успешно решать сложные задачи. Если мы не готовы к этому, то мы не сможем подкрепить поведение, и это поведение может угаснуть просто из-за отсутствия подкрепления. Такого рода «рывок» выработки может произойти в любой момент.

За очень редкими исключениями наша школьная система построена так, чтобы помешать детям обучаться в их собственном темпе – наказываются не только медленные ученики, у которых не хватает времени на обучение, но и слишком быстро обучающиеся, которые не получают дополнительного подкрепления, когда быстрая сообразительность продвигает их вперед. Если ребенок мгновенно понял, о чем говорит учитель, наградой может стать мучение от скуки в течение часов или даже недель, пока все остальные мало-помалу постигнут это. Поэтому нет ничего удивительного в том, что улица более привлекательна как для наиболее быстрых, так и для наиболее медленных.

В процессе выработки какого-либо поведения мы рискуем значительным регрессом, если перепоручаем своего ученика другому преподавателю. Не важно, сколь скрупулезно обсуждены критерии перед передачей дела, поскольку и индивидуальные установки, и время реакций, и прогноз успеха будут слегка отличаться, и в итоге субъект утрачивает подкрепления до тех пор, пока не привыкнет к этим отличиям.

Конечно, у каждого обучающегося может быть много различных учителей – дети не испытывают затруднений от того, что один обучает их английскому, другой – арифметике, третий – биологии. Но то конкретное поведение, которое должно быть разучено, требует только одного учителя в каждый конкретный момент времени.

На тех стадиях выработки, когда навык образован наполовину, постоянное повышение критерия осуществляется лучше, если процесс формирования данного поведения находится в одних руках. Для выработки любого поведения существует столько же способов, сколько людей (в нашем случае – сколько родителей), способных их придумать.

Например, при обучении детей плаванию надо сделать так, чтоб они не боялись и чувствовали себя спокойно под водой. В качестве первого шага формирования этого навыка одни тренеры велят им выдувать в воду воздух, пуская пузыри, другие – быстро опускать в воду и поднимать обратно лицо, а третьи – прыгать в воде, пока они не отважатся просто присесть, чтобы вода закрыла их. Любой хороший тренер, видя, что ребенку скучно или его пугает этот метод, перейдет на другой; одни и те же методы выработки не равноценны для разных индивидуумов.

Однако учителя, передающие свое искусство от поколения к поколению, часто не могут этого усвоить. Их методы обучения отточены несколькими поколениями и считаются лучшими способами, а иногда таковыми и являются, но они часто рассматриваются как единственные способы, что является причиной множества трудностей.

Конечно, нельзя заканчивать урок без положительного подкрепления, это равносильно наказанию, но это не в полной мере относится к той несистематической (хотя очень значимой и продуктивной) выработке, которая происходит в домашних условиях, – поощрение учения в школе, гостеприимство, подбадривание детей; здесь подкрепление происходит от случая к случаю, без особых правил.

Однако в более официальной ситуации, скажем, на уроке или при выработке поведения у какого-либо животного, преподаватель должен уделять свое внимание ученику или классу до конца урока. Это более, чем просто хорошие манеры или хорошая самодисциплина; это – хорошее обучение. Если преподаватель начинает болтать с кем-либо из присутствующих, выходит, чтобы поговорить по телефону, или просто мечтает, контакт нарушается.

Зато если мы хотим упрекнуть ученика, перестать обращать на него внимание – лучший способ сделать это.

Иногда навык или поведение портятся, а иногда создается видимость их полной потери. Нам всем знакомо это чувство, когда пытаемся говорить на иностранном языке, вспомнить стихотворение или поехать на велосипеде после многолетнего перерыва: это очень выбивает из колеи.

Иногда внешние обстоятельства временно полностью уничтожают хорошо выученное поведение. Например, в состоянии испуга невозможно произнести заученную речь, неудачное падение резко нарушает ваши навыки скалолазания. Иногда на первоначальное обучение накладывается и мешает ему последующее обучение, создавая путаницу – вы стараетесь найти английское слово, а всплывает немецкое.

Самый быстрый способ исправить такое ухудшение – не биться об него головой, заставляя субъекта делать это до тех пор, пока результат не покажется вам удовлетворительным или пока вы не дадите подкрепление, а вернуться к началу процесса выработки и «очень быстро снова пройти весь путь», давая подкрепление в новых условиях (у доски, перед аудиторией, в гостях и т.д.) и применяя по одному – два подкрепления на каждом уровне.

Полезно помнить, что если мы в состоянии в большей или меньшей степени воспроизвести исходный процесс выработки, то такое повторение одинаково полезно и для физических, и для умственных навыков.

Прекращать работу следует, оставляя за собой лидирующее положение. Частично это зависит от промежутка времени, в течение которого субъект сохраняет внимание. У людей продолжительность различных уроков традиционно равна «академическому» часу (40 или 45 минут), а занятия футболом, научные семинары и разные другие мероприятия часто длятся целый день.

«Когда остановиться?», не столь важный вопрос, как «На чем остановиться?». Всегда следует прекращать работу, сохраняя ведущее положение. Это относится и ко всему уроку, и к отдельным частям его, когда вы кончаете работать над одним типом поведения и переходите к другому. Вы должны совершать переход на высокой ноте, т.е. сразу как только достигнут успех.

Последнее совершенное действие всегда закрепляется в сознании субъекта; вы должны быть уверены, что это хорошее, воз-

награждаемое выполнение. А часто происходит так, что мы получаем три – четыре хороших ответа, прыгун в воду впервые выполнил прыжок полтора оборота, певец правильно исполнил трудный пассаж – и мы так возбуждены, что хотим видеть или делать это снова и снова. И мы повторяем это или стараемся повторить, и очень скоро субъект устает, поведение ухудшается, неожиданно возникают ошибки, происходят коррекции и подбадривания, и урок идет насмарку.

Останавливаться нужно на хорошем ответе. Иногда это требует выдержки. Но на следующем уровне обнаружится, что решение задачи выполнено не только так же хорошо, как последнее на прошлом уроке, но значительно лучше.

Это называется «латентным обучением». В процессе тренировки возникает некоторый стресс, хотя бы от желания сделать лучше. Этот стресс может влиять на выполнение действия, маскируя реально имеющееся обучение.

В начале следующего урока, прежде чем возникнет стресс, выполнение действия может в действительности быть на шаг впереди по сравнению с тем уровнем, на котором остановились. И тогда в результате можно получить такое поведение, которое гораздо более достойно подкрепления.

Литература

1. Анцыферова, Л.И. Категория развития в психологии / Л.И. Анцыферова, Д.Н. Завалишина, Е.Ф. Рыбалко // Категории материалистической диалектики в психологии. – М., 1988. – С. 9–36.

2. Баенская, Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. Младший дошкольный возраст / Е.Р. Баенская // Книжное приложение Альманах ИКП № 4. – 2001. <http://almanah.ikprao.ru/4/book/pril.htm> Москва – 2000.

3. Багдасарьян, И.С. Межличностные отношения в семье, имеющей умственно отсталого ребенка: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / И.С. Багдасарьян. – Н.Новгород, 2000.

4. Деревянкина, Н.А. Особенности эмоциональной сферы дошкольников с задержкой психического развития: дис. ... канд. психол. наук / Н.А. Деревянкина. – Ярославль, 2005.

5. Иовчук, Н.М. Детская социальная психиатрия для непсихиатров / Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Н.Б. Морозова. – СПб., 2006. – 416 с.

6. Воспитание ребенка с нарушением речи в семье / под ред. Л.И. Солнцевой, В.П. Ермакова. – М., 1979.

7. Корсунская, Б.Д. Воспитание глухого дошкольника в семье / Б.Д. Корсунская. – М., 1970.

8. Корсунская, Б.Д. Рассказывание глухим дошкольникам / Б.Д. Корсунская // Дефектология. – № 5. – 1977. – С. 73–84.

9. Левченко, И.Ю. Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук / И.Ю. Левченко. – М., 2001.

10. Малофеев, Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом: Ч. 1. Западная Европа / Н.Н. Малофеев. – М., 1996.

11. Пережигина, Н.В. Проблемы нормы и патологии психического и моторного развития: учебное пособие / Н.В. Пережигина, В.К. Солондаев. – Ярославль, 2006.

12. Прайор, К. Не рычите на собаку! / К. Прайор. – М., 1995.
13. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – М., 1998. – 512 с.
14. Психология глухих детей / под. ред. И.М. Соловьева, Ж.И. Шиф, Т.В. Розановой и Н.В. Яшковой. – М., 1971.
15. Рубинштейн, С.Я. Психология умственно отсталого школьника / С.Я. Рубинштейн. – М., 1986.
16. Сергиенко, Е.А. Раннее когнитивное развитие: Новый взгляд / Е.А. Сергиенко. – М., 2006. – 464 с.
17. Солнцева, Л.И. Тифлопсихология детства / Л.И. Солнцева. – М., 2000.
18. Солнцева, Л.И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л.И. Солнцева, С.М. Хорош. – 3-е изд. М., 2003.
19. Сорокин В. М., Кокоренко В. Л. Практикум по специальной психологии: Учебно-метод. пособ. / Под ред. Л.М. Шипицыной. – СПб., 2003.
20. Специальная психология / под ред. В.И. Лубовского. – М., 2003.
21. Тиганов, А.С. Патология психического развития / А.С. Тиганов. – М., 2000.
22. Федоренко, Л.П. Методика развития речи детей дошкольного возраста / Л.П. Федоренко, Г.А. Фомичева, В.К. Лотарев. – М., 1977.

Оглавление

Глава 1. Дизонтогенез и проблема адаптации	3
Глава 2. Содержательная характеристика дизонтогенеза	18
<i>Дизонтогенез</i>	<i>18</i>
<i>Первичные и вторичные проявления дизонтогенеза. Сложный дефект.....</i>	<i>30</i>
Глава 3. Типичные проявления дизонтогенеза	36
<i>Нарушения зрения.....</i>	<i>36</i>
<i>Нарушения слуха.....</i>	<i>48</i>
<i>Нарушения опорно-двигательного аппарата.....</i>	<i>50</i>
<i>Интеллектуальные нарушения.....</i>	<i>54</i>
<i>Речевые нарушения.....</i>	<i>62</i>
<i>Расстройства личности и поведения.....</i>	<i>69</i>
Глава 4. Организация работы по коррекции и компенсации дизонтогенеза.....	78
Глава 5. Основы поведенческой терапии	91
<i>Подкрепление</i>	<i>93</i>
<i>Большой куш</i>	<i>96</i>
<i>Условное подкрепление.....</i>	<i>96</i>
<i>Режимы подкрепления</i>	<i>97</i>
<i>Долговременные программы поведения.....</i>	<i>99</i>
<i>Самоподкрепление.....</i>	<i>101</i>
<i>Десять правил выработки желательного поведения</i>	<i>101</i>
Литература.....	108

Учебное издание

Солондаев Владимир Константинович

Специальная психология

Учебное пособие

Редактор, корректор М.В. Никулина
Компьютерная верстка И.Н. Ивановой

Подписано в печать 30.06.2008 г. Формат 60×84/16.

Бумага тип. Усл. печ. л. 6,51. Уч.-изд. л. 5,9.

Тираж 100 экз. Заказ .

Оригинал-макет подготовлен
в редакционно-издательском отделе ЯрГУ.

Ярославский государственный университет.
150 000 Ярославль, ул. Советская, 14.

Отпечатано
ООО «Ремдер» ЛР ИД № 06151 от 26.10.2001.
г. Ярославль, пр. Октября, 94, оф. 37
тел. (4852) 73-35-03, 58-03-48, факс 58-03-49.

