

Мастюкова Е.М.

**Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. — 304 с.**

В книге обобщены многолетние данные автора, а также отечественных и зарубежных исследований по диагностике и коррекции различных форм аномального нервно-психического развития детей.

Особое внимание обращено на раннюю диагностику наиболее частых отклонений в развитии познавательной деятельности и сложных дефектов.

Книга предназначена специалистам по коррекционной педагогике. Она может быть полезна для студентов дефектологических и психологических факультетов, детских психоневрологов, педиатров, семейных врачей, а также родителей.

**Оглавление**

Введение .....	3
<b>Раздел I. Ранняя диагностика отклонений в развитии и общие подходы к лечебно-педагогической работе.....</b>	<b>5</b>
<i>Глава 1. Возрастные закономерности психомоторного развития.....</i>	<i>—</i>
<i>Глава 2. Ранняя стимуляция психомоторного развития.....</i>	<i>21</i>
<i>Глава 3. Основные формы аномального психического развития (клиническая характеристика) .....</i>	<i>26</i>
1. Нарушения познавательной деятельности.....	—
1.1. Умственная отсталость.....	—
1.2. Задержка психического развития.....	29
1.3. Нарушения познавательной деятельности у детей с тяжелыми речевыми расстройствами.....	31
1.4. Нарушения познавательной деятельности у детей с церебральными параличами.....	35
1.5. Дети с нарушениями слуха, зрения, ранним детским аутизмом.....	39
<i>Глава 4. Судорожный синдром и наиболее распространенные соматические и нервно-мышечные заболевания у детей раннего возраста.....</i>	<i>40</i>
1. Нервно-мышечные заболевания.....	49
2. Нервно-психические нарушения в связи с черепно-мозговой травмой.....	50
<i>Глава 5. Ранняя диагностика отклонений в развитии.....</i>	<i>52</i>
1. Общие теоретические положения.....	—
2. Основные методы клинико-психолого-педагогической диагностики отклонений психического развития у детей.....	59
2.1. Медицинская диагностика. Диагностика некоторых синдромальных форм психического дизонтогенеза.....	—
2.1. Медицинская диагностика. Ранняя диагностика детского церебрального паралича.....	71
2.2. Психопатологическое исследование.....	74
2.3. Психолого-педагогическая диагностика.....	75
2.4. Основные методы педагогической диагностики.....	—
2.4.1. Констатирующий эксперимент.....	78
2.4.2. Обучающий эксперимент.....	80
2.5. Нейропсихологическое и логопедическое обследование.....	81
2.6. Диагностика развития мышления.....	82
3. Диагностика нарушений речи и оценка коммуникативного поведения.....	86
3.1. Алалия и нарушения коммуникативного поведения.....	87
3.2. Обследование экспрессивной речи.....	90
3.3. Заикание.....	91
3.4. Нарушения коммуникативного поведения детей с недостатками слуха.....	97
3.5. Нарушения коммуникативного поведения при раннем детском аутизме.....	99
4. Аутистические проявления при некоторых нервно-психических заболеваниях у детей.....	104
<i>Глава 6. Некоторые показатели готовности к обучению детей с особыми проблемами развития.....</i>	<i>108</i>
<i>Глава 7. Роль электроэнцефалографического исследования в оценке готовности к школьному обучению.....</i>	<i>117</i>
<i>Глава 8. Что такое лечебная педагогика?.....</i>	<i>121</i>
<b>Раздел II. Лечебно-педагогическая работа (содержание и методы).....</b>	<b>131</b>
<i>Глава 1. Общие принципы лечебной педагогики.....</i>	<i>—</i>
<i>Глава 2. Физическое воспитание.....</i>	<i>140</i>
2.1. Воспитание и укрепление общего здоровья ребенка.....	—
2.2. Развитие и нормализация движений.....	145
2.3. Физическое воспитание в преддошкольном возрасте.....	162
2.4. Физическое воспитание в дошкольном возрасте.....	163
2.5. Развитие пространственных представлений и конструктивного праксиса в процессе физического воспитания.....	164
<i>Глава 3. Поэтапное формирование устной речи и коррекция речевых нарушений.....</i>	<i>170</i>
<i>Глава 4. Ознакомление детей с окружающим миром.....</i>	<i>180</i>
<i>Глава 5. Сенсорное воспитание и развитие игровой деятельности.....</i>	<i>183</i>
<i>Глава 6. Развитие познавательной деятельности.....</i>	<i>194</i>
<i>Глава 7. Подготовка к обучению математике, чтению и письму.....</i>	<i>201</i>
7.1. Подготовка к обучению математике.....	—
7.2. Формирование предпосылок к обучению чтению к письму.....	204
7.3. Подготовка к обучению письму.....	—
7.4. Подготовка к обучению чтению.....	205
7.5. Роль дидактических игр в умственном воспитании дошкольников.....	206
<b>Раздел III. Дифференциация лечебно-педагогической работы в зависимости от структуры ведущего нарушения и медицинского диагноза.....</b>	<b>207</b>
<i>Глава 1. Общий теоретический подход.....</i>	<i>—</i>
<i>Глава 2. Принципы лечебно-педагогической работы при умственной отсталости.....</i>	<i>208</i>
<i>Глава 3. Лечебно-педагогическая работа при умственной отсталости.....</i>	<i>210</i>
<i>Глава 4. Принципы лечебно-педагогической работы при задержке психического развития.....</i>	<i>215</i>
<i>Глава 5. Лечебно-педагогическая работа при задержке психического развития.....</i>	<i>222</i>
<i>Глава 6. Принципы лечебно-педагогической работы с детьми, имеющими тяжелые нарушения речи (ТНР).....</i>	<i>22 6</i>
6.1. Лечебно-педагогическая работа с детьми с общим недоразвитием речи (ОНР).....	—

6.2. Воспитание ребенка с отставанием в развитии речи.....	232
Глава 7. Лечебно-коррекционная работа при детском церебральном параличе (ДЦП).....	234
7.1. Ранняя стимуляция психического и речевого развития .....	—
7.2. Кондуктивное воспитание при детском церебральном параличе (ДЦП).....	235
7.3. Ранняя логопедическая работа.....	236
7.4. Развитие двигательных функций.....	241
Глава 8. Лечебно-педагогическая работа с детьми с нарушениями зрения.....	243
Глава 9. Лечебно-педагогическая работа с детьми с нарушениями слуха .....	248
9.1. Современные методы медицинской реабилитации детской тугоухости.....	256
Глава 10. Лечебно-педагогическая работа с детьми с эмоциональными расстройствами и нарушениями общения.....	258
Глава 11. Основы лечебно-педагогической работы при детской шизофрении и эпилепсии.....	264
Глава 12. Лечебно-педагогическая работа с соматически ослабленными детьми и детьми с повышенной нервной возбудимостью и нарушениями поведения.....	266
12.1. Лечебно-коррекционные и педагогические мероприятия .....	268
Глава 13. Лечение и психотерапевтическая работа с семьей.....	270
13.1. Общеоздоровительные мероприятия.....	—
13.2. Медикаментозная терапия (общая характеристика основных лекарственных препаратов).....	273
13.3. Психотерапия в коррекционной работе с детьми с отклонениями в развитии.....	278
13.4. Психотерапевтическая работа с семьей.....	280
<b>Заключение</b> .....	284
<i>Приложение 1.</i> Некоторые показатели психического и физического развития детей раннего возраста.....	287
<i>Приложение 2.</i> Развитие зрительно-моторной координации и тонких дифференцированных движений рук.....	291
<i>Приложение 3.</i> Стимуляция доречевого и речевого развития.....	292
<i>Приложение 4.</i> Некоторые упражнения по подготовке к формированию графических навыков.....	293
<i>Приложение 5.</i> Некоторые рекомендации по руководству самостоятельной двигательной активностью детей с отклонениями в развитии.....	295
<b>Рекомендуемая литература</b> .....	298

*Светлой памяти М.С.Певзнер посвящается*

## **Введение**

Цель этой книги — помочь педагогам, воспитателям и родителям в подготовке к обучению детей раннего и дошкольного возраста с различными отклонениями в развитии и хроническими соматическими заболеваниями. Знание основ лечебной педагогики необходимо для создания специальных условий и предпосылок для возможности успешного обучения каждого ребенка с различными неврологическими, психическими и хроническими соматическими заболеваниями и отклонениями в развитии. В книге рассказывается о том, как обеспечить возможность успешного обучения каждого из этих детей, как способствовать лучшему усвоению ими знаний, как развивать их познавательные способности и интерес к занятиям, активизировать их самостоятельную познавательную активность. Дается описание коррекционных занятий по сенсорному воспитанию, развитию игровой деятельности, речи, ознакомлению детей с окружающим миром, формированию начальных математических представлений, развитию личности и межличностных отношений.

Особое внимание уделяется сочетанию педагогического процесса с лечебно-гигиеническими и оздоровительными мероприятиями.

Коррекционная направленность педагогического процесса предполагает преодоление и коррекцию имеющихся у ребенка нарушений: двигательных, речевых, интеллектуальных, поведенческих расстройств, нарушений общения, недостаточности высших психических функций, например, пространственных нарушений. Эффективность предлагаемых приемов коррекционной педагогической работы возможна только при систематическом и раннем их применении с учетом дифференцированного подхода в зависимости от структуры нарушенного развития, клинического диагноза, характера ведущего нарушения и особенностей вторичных отклонений в развитии.

Эффективность лечебно-педагогических коррекционных и развивающих мероприятий в значительной степени зависит от сотрудничества специалистов и родителей.

Успех лечебно-коррекционной работы определяется не только дифференцированностью подхода с учетом специфики отклонений в развитии, соматического, неврологического и психического состояния ребенка, но и его индивидуальными особенностями, склонностями, интересами, способностями, особенно при возможно более раннем их выявлении и развитии.

Из предлагаемых рекомендаций педагога, воспитатели и родители могут выбрать те, которые представляются им наиболее целесообразными с учетом вида аномального развития, степени и характера нарушений различных функций, а также компенсаторных и возрастных возможностей ребенка и конкретных условий жизни.

Предлагаемая вниманию читателей книга — результат обобщения многолетнего опыта работы автора с детьми, имеющими отклонения в развитии, а также критического анализа отечественной и зарубежной литературы.

Книга предназначена педагогам, воспитателям, логопедам, детским психоневрологам, работающим в детских восстановительных центрах, специальных яслях, домах ребенка, детских садах, а также родителям. Она может быть полезна студентам дефектологических, психологических и педиатрических факультетов, а также детскому семейному врачу.

# Раздел 1. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ И ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

## Глава 1. Возрастные закономерности психомоторного развития

Психомоторное развитие ребенка раннего возраста зависит от многих факторов, прежде всего от наследственных особенностей организма, общего состояния здоровья, пола, окружающей среды. Последовательность психомоторного развития тесно связана с этапностью созревания мозга и усложняющимися условиями взаимодействия малыша с окружающей средой. Кроме того, развитие в раннем и дошкольном возрасте происходит неравномерно, поэтому его оценка всегда требует динамического наблюдения.

Замедленный темп возрастного развития может касаться одной или нескольких функций, отмечаться на одном или нескольких этапах, сочетаться или не сочетаться с различными неврологическими нарушениями. Поэтому оценка развития ребенка в раннем возрасте требует профессионального подхода.

Родителям и педагогам необходимо знать сроки нормального психомоторного развития ребенка для того, чтобы внимательно присмотреться к малышу, создать наиболее благоприятные условия для его развития.

Следует очень осторожно подходить к оценке отставания психомоторного развития у *недоношенного* или *рожденного с низкой массой тела* ребенка. Если временные параметры его развития находятся в соответствии со степенью его недоношенности и имеют тенденции к нормализации, это является хорошим прогностическим признаком, особенно если при неврологическом обследовании врач не отмечает у него отклонений со стороны нервной системы. Следует помнить, что некоторые формы задержки темпа развития тех или иных функций (например, речи) могут быть наследственными.

5

Оценка уровня психомоторного развития ребенка в раннем и дошкольном возрасте всегда должна быть дифференцированной, учитывающей особенности развития общей моторики, тонкой моторики рук, зрительно-моторной координации, восприятия, познавательных функций и речи. Кроме того, важно оценить особенности социально-эмоционального развития.

Особенности социально-эмоционального развития ребенка в раннем возрасте наименее изучены. Вместе с тем, хорошо известно, что психическое развитие ребенка в первые годы жизни происходит в процессе взаимодействия со взрослыми и при эмоциональном познании окружающего мира. Благоприятные условия взаимодействия взрослого и ребенка и особенно диады — мать-ребенок являются необходимыми для нормального социально-эмоционального развития.

Социально-эмоциональное и умственное развитие неразрывно связаны. Выделяют три этапа социально-эмоционального развития.

*Первый этап* (условно охватывающий первые 5 месяцев жизни) характеризуется развитием недифференцированных привязанностей к лицам, ухаживающим за ребенком. Ребенок радуется общению со взрослым, стремится к телесному контакту, улыбается при ласковом обращении к нему.

*Второй этап* (от 5—6 месяцев до 1 года) отличается развитием специфических привязанностей. Ребенок начинает проявлять все более сильную привязанность к какому-либо одному заботящемуся о нем лицу. Он следит за ним глазами, выражает недовольство при его уходе, улыбается больше этому лицу, чем другим, охотнее и дольше гулит и лепечет в его присутствии. К концу этого этапа он может показывать активное стремление к отказу от общения с другими лицами, страх при виде чужого лица.

*Третий этап* характеризуется постепенным развитием множественных привязанностей. К году у ребенка единственная привязанность начинает расширяться и распространяется еще на 2—3 лица из его окружения. Обычно это другой родитель, бабушка или еще кто-либо из близких.

Некоторые дети в своем развитии минуют второй этап и более быстро переходят к третьему. Особенно это характерно для детей, которые воспитываются в детских учреждениях.

Таким образом, специфические эмоциональные привязанности у ребенка раннего возраста наиболее интенсивно развиваются в период от 22 недель до 1 года.

6

Структура эмоциональной привязанности ребенка не всегда однотипна. Наиболее благоприятной для психического развития является так называемая структура *безопасной привязанности*, при которой ребенок чувствует себя уверенно и спокойно. Такая привязанность формируется в результате правильного взаимодействия матери с малышом, когда ребенок имеет, может быть, не столь частый, но эмоционально приятный физический контакт с матерью.

Нарушения социально-эмоционального развития у детей могут наблюдаться в случаях, когда мать мало эмоциональна и в общении с малышом больше руководствуется разумом. Она заботится о нем, но мало играет с ним, а если и играет, то не заражается одновременной с ним радостью. Подобный тип общения может предрасполагать к развитию у ребенка невротических состояний, прежде всего страха и аутистических форм поведения (уход в себя, избегание контактов).

Трудности общения матери с ребенком могут иметь место при заболевании малыша церебральным параличом (тяжелые двигательные расстройства, связанные с поражением головного мозга). Часто такой ребенок с трудом удерживает голову, плохо сидит, у него могут наблюдаться насильственные движения, при взятии его на руки

он произвольно выгибается, у него усиливается мышечное напряжение. Все это вызывает большое волнение и беспокойство матери, она также напрягается, и не возникает радостного общения для обоих.

Большое значение в формировании предпосылок социально-эмоциональных взаимодействий имеет не только контакт прикосновений, но и зрение и слух. У детей с нарушениями зрения и слуха при отсутствии соответствующих коррекционных мероприятий может быть нарушено развитие социальных взаимоотношений. В этих случаях с трудом формируется синхронность действий матери и ребенка.

Это может отражаться на всем последующем развитии ребенка: у него не развивается познавательно-исследовательское поведение, часто отмечается пассивность, иногда агрессивность. Кроме того, у этих детей могут наблюдаться особые формы поведения, характерные для раннего детского аутизма и направленные на самостимуляцию (стереотипные движения рук, подпрыгивания на месте, бег по кругу и т.п.), а также различные патологические привычки: кусание губ, ногтей, сосание пальцев и т.п.

7

Дети с одновременным нарушением зрения и слуха избегают контакта с окружающими, что неблагоприятно отражается не только на их социально-эмоциональном развитии, но и на формировании интеллекта.

Одним из факторов, нарушающих формирование социально-эмоционального поведения у ребенка, могут быть стрессовые состояния матери и других членов семьи, связанные с хроническим соматическим или неврологическим заболеванием ребенка. Мать, находящаяся в состоянии стресса, не может стать для ребенка основой для его полной защищенности. Такой ребенок растет тревожным, пугливым, пассивным, у него задерживаются сроки нормального социально-эмоционального развития, что неблагоприятно отражается на формировании всех психомоторных функций и на доречевом и речевом развитии. Кроме того, недостаточность доречевого общения неблагоприятно отражается на формировании речи.

Таким образом, общение младенца со взрослыми является необходимым условием его нормального психомоторного развития. Благодаря этому общению у ребенка постепенно развивается важнейшая социальная потребность в положительных эмоциях со стороны взрослого (Л.А.Венгер, В.С.Мухина, 1988). Реакция ребенка на общение со взрослым имеет важное значение для диагностики его психомоторного развития, особенно в первые месяцы и годы жизни. Так, при нормальном развитии улыбка при общении со взрослым является закономерной уже у 2-месячного ребенка, а у 3-месячного появляется новая эмоционально-двигательная реакция — комплекс оживления. К 4 месяцам у ребенка формируется ориентировочная реакция перед комплексом оживления. Отсутствие этой ориентировочной реакции может быть первым симптомом риска задержки психического развития (Л.Т.Журба, Е.Н.Мастюкова, 1981). К 6 месяцам появляется четкая реакция на мать и интерес к окружающим предметам.

В процессе общения со взрослым у ребенка формируются первые предпосылки для развития речи.

Придавая большое значение общению с ребенком, необходимо помнить, что в ряде случаев чрезмерное общение может иметь и отрицательные последствия. Если взрослый постоянно находится с ребенком, то малыш очень быстро привыкает к этому и начинает непрерывно требовать к себе внимания, он не проявляет самостоятельного интереса к игрушкам и своему окружению. Это особенно касается ослабленных, болезненных детей, а также детей с отставанием в развитии. Поэтому очень важно уже в первые месяцы жизни ребенка предоставлять ему возможность для самостоятельного познания окружающей действительности, накопления им сенсорно-моторного опыта. Известно, что сенсорные функции развиваются в тесной взаимосвязи с двигательными навыками, формируя целостную интегративную деятельность — сенсорно-моторное поведение, составляющее основу развития интеллектуальной деятельности и речи.

8

Для предупреждения отставания в развитии важно с первых месяцев жизни стимулировать у ребенка накопление чувственного опыта, сочетая его с моторной активностью. Малыша следует обучить комплексному обследованию окружающих предметов с привлечением зрения, слуха, движений рук. Это должно осуществляться в процессе повседневного ухода за ребенком. После этого ребенку следует постоянно предоставлять возможность для самостоятельного познания окружающей действительности, создавая для этого наиболее благоприятные условия. Малыш должен находиться в светлой комнате. Уже с возраста 1,5—2 месяцев к кроватке подвешивают игрушки на расстоянии 40—50 см от глаз ребенка. Игрушки должны легко приходиться в движение. С 3—5 месяцев важно разнообразить игрушки и периодически их менять, располагать их следует на расстоянии вытянутых рук, чтобы ребенок мог их схватить, ощупать. Кроме того, в поле зрения ребенка полезно помещать крупные объемные и плоские игрушки или картины.

Важно иметь в виду, что игрушка является важным средством общения и психического развития ребенка<sup>1</sup>.

Игрушки следует подбирать с учетом возраста и уровня психического развития ребенка. На начальных этапах полезно использовать легкие пластмассовые разноцветные игрушки, звучащие погремушки, по которым малыш может легко ударить рукой или захватить их. С помощью погремушки ребенку впервые удастся уловить результат предпринятых им действий. Погремушка стимулирует ребенка к повторению одних и тех же действий, что способствует их освоению<sup>2</sup>. Психомоторное развитие ребенка характеризуется переходом от одного качественного состояния к другому, более высокому, что связано с развитием функций центральной нервной системы. Выделяют несколько *этапов раннего психического развития ребенка*:

младенческий — от рождения до года;

преддошкольный — от 1 года до 3 лет; дошкольный — от 3 до 7 лет; младший школьный — от 7 до 12 лет.

Периодизация развития ребенка рассматривается как поэтапный переход от одного качественного состояния к другому — более высокому.

Предполагается, что на каждом уровне развития преобладают специфические особенности нервно-психического реагирования<sup>1</sup>. Эти особенности реагирования определяют возрастную специфику нервно-психических нарушений у детей.

В младенческом возрасте (от рождения до года) важно, чтобы прежде всего установилось тесное эмоциональное взаимодействие матери и ребенка. Именно в процессе этого общения формируются основы всей психической деятельности малыша.

Динамика психомоторного развития в первые годы жизни зависит от многих факторов, прежде всего от наследственных особенностей организма, общего состояния здоровья, пола, окружающей среды. Кроме того, развитие в раннем возрасте происходит неравномерно, поэтому его оценка всегда требует динамического наблюдения.

На первом году жизни мозг ребенка обладает наиболее высоким темпом своего развития: беспомощный новорожденный к концу первого года жизни овладевает прямохождением, ходьбой, предметно-манипулятивной деятельностью, начальным пониманием обращенной к нему речи, кроме того, он начинает произносить первые лепетные слова и соотносить их с лицами и предметами. Именно в этот период начинается становление речи как средства общения. Первый год жизни имеет очень важное значение в психическом развитии ребенка. Именно на первом году жизни формируются предпосылки дальнейшего обучения ребенка.

В психомоторном развитии ребенка первого года жизни выделяют несколько периодов. Уже в первый период — период новорожденное<sup>ТМ</sup> — первый месяц жизни к 3—4 неделям появляются первые предпосылки так называемого коммуникативного поведения: ротовое внимание, когда малыш на ласковый голос и улыбку взрослого замирает, вытягивая слегка вперед губы, он как бы слушает губами. Кроме того, уже в период новорожденности малыш быстрее реагирует на голос, чем на звучащую игрушку.

<sup>1</sup> Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1979. — С. 24-25.

## 10

В первые месяцы жизни у младенца интенсивно развивается зрение и слух: появляется зрительное и слуховое сосредоточение, зрительная фиксация и прослеживание предмета. К 3 месяцам у ребенка уже отчетливо выражена эмоционально выразительная реакция на общение — комплекс оживления. Комплекс оживления проявляется в том, что ребенок сосредоточивает взгляд на лице общающегося с ним взрослого, улыбается ему, активно двигает при этом ручками и ножками и издает тихие звуки. Появление комплекса оживления определяет как бы грань между *периодом новорожденности* и *младенчеством*. Эмоционально-положительное отношение ребенка ко взрослому интенсивно развивается в период младенчества: появляется улыбка, затем смех, к 4—5 месяцам общение ребенка со взрослым приобретает избирательный характер. Ребенок постепенно начинает отличать своих от чужих. К 6 месяцам ребенок уже четко выделяет мать или ухаживающего за ним взрослого, рассматривает окружающие предметы и людей, а если он не дифференцирует мать, не дает ориентировочной или отрицательной реакции на новое лицо и/или не рассматривает окружающие его предметы, то его обязательно следует показать детскому психоневрологу.

В процессе общения со взрослым у ребенка формируются предпосылки к овладению речью. В присутствии взрослого ребенок более активно гулит, а затем и лепечет, со второго полугодия жизни начинает подражать слогам, произносимым взрослым.

Эмоционально-положительное общение взрослого с младенцем формирует у него коммуникативную потребность и стимулирует развитие речи.

К концу первого полугодия жизни у ребенка наряду с коммуникативным поведением интенсивно развиваются сенсорные функции. Прежде всего меняется характер зрительного прослеживания: если в первые месяцы жизни малыш следил за предметом, не отрывая взгляда, а потеряв предмет из поля зрения, больше к нему не возвращался, то после 5 месяцев ребенок, следя за предметом, как бы его осматривает, ощупывает взглядом. Если при этом внимание ребенка переключить на другой предмет, или лицо взрослого, то через очень короткое время он может вернуться к прерванному занятию. Появление этой функции — важный показатель нормального нервно-психического развития ребенка.

## 11

К началу второго полугодия жизни в развитии движений рук все большую роль начинает играть зрительный анализатор: к 6 месяцам ребенок быстро и точно направляет руку к игрушке, расположенной в поле его зрения. Игрушка становится средством общения и психического развития ребенка (Л.А.Венгер, В.С.Мухина, 1988).

В возрасте от 6 до 9 месяцев ребенок под контролем зрения берет игрушки, рассматривает и ощупывает их, перекладывает из руки в руку, тянет в рот. Все эти действия сопровождаются оживленной мимикой и разнообразными по интонации голосовыми реакциями. Таким образом, на основе активного манипулирования с предметами развивается активность познавательной деятельности, формируется готовность к совместной игре со взрослыми, появляются выразительные коммуникативные жесты, формируется начальное понимание обращенной речи, активизируется лепет, развивается самоподражание и подражание звукам взрослого.

Понимание ситуации и стремление к подражанию и контакту со взрослым позволяет 9-месячному ребенку обучиться игре в ладушки, а также умению искать спрятанную игрушку.

Важное значение для оценки психомоторного развития ребенка в конце первого года жизни имеет его реакция на речевое общение. Дети с нормальным психическим развитием и сохранным слухом к концу года адекватно реагируют на речевое общение и интонацию, отвечают действием на некоторые словесные просьбы. К концу года при соответствующем обучении ребенок понимает и выполняет несколько словесных команд. Всегда следует помнить, что подобное понимание обращенной к малышу речи развивается только в процессе обучения на фоне эмоционально-положительного взаимодействия взрослого с ребенком. Поэтому невыполнение подобных просьб может быть связано с отсутствием специальных занятий с малышом, а также недостаточностью эмоционального общения.

Если у малыша нет адекватной реакции на речь, следует проверить у него слух и посоветоваться с детским психиатром или невропатологом относительно его психического развития.

Ребенок с отставанием в развитии слабо реагирует на общение со взрослым и на окружающие предметы, он долго не дифференцирует «своих» и «чужих».

Одной из характерных особенностей *преддошкольного возраста* (от 1 года до 3 лет) является формирование нового вида общения на основе интенсивного развития речи. Кроме того, малыш начинает правильно и по назначению употреблять окружающие его предметы. В личностном плане у него развивается воля, стремление к самостоятельности, творческая активность, познавательный интерес. Самостоятельное передвижение, активное взаимодействие с предметами и игрушками способствуют дальнейшему развитию сенсорных функций.

12

Наиболее интенсивно развивающейся функцией в преддошкольном возрасте является речь. К 3 годам ребенок общается с окружающими развернутыми фразами. Значительно возрастает его активный словарь. Ребенок постоянно комментирует свои действия, начинает задавать вопросы.

Интенсивное развитие речи на этом возрастном этапе перестраивает все психические процессы ребенка. Речь становится ведущим средством общения и развития мышления.

К 2 годам начинает развиваться так называемая регулирующая функция речи, т.е. ребенок все более и более начинает подчинять свои действия словесной инструкции взрослого. Однако лишь на третьем году жизни речевая регуляция поведения становится более постоянной. Происходит интенсивное развитие понимания речи. У ребенка не только резко возрастает число понимаемых им слов, но он начинает действовать с предметами по инструкции взрослого, у него развивается интерес к слушанию сказок, рассказов и стихов, т.е. понимание речи начинает выходить за пределы непосредственной ситуации общения.

Темп развития речи в преддошкольном возрасте является очень высоким. Так, если к концу второго года ребенок употребляет до 300 слов, то к началу третьего года их число резко возрастает, достигая к концу третьего года 1000—1500 слов. Вместе с тем артикуляция звуков остается еще далеко несовершенной: многие звуки опускаются или замещаются близкими по артикуляции или звучанию. Ребенок при произнесении слов, в первую очередь, ориентируется на их интонационно-ритмическую и мелодическую характеристику.

Показателем нормального развития детской речи на этом возрастном этапе является возможность ребенка к 3 годам строить предложения из 3—4 слов и более и употреблять знакомые слова в нескольких грамматических формах<sup>1</sup>. Многие авторы отмечают большую динамичность этого процесса у детей с нормальным речевым развитием.

<sup>1</sup> Жукова Н.С. Мاستюкова Е.М. Если ваш ребенок отстает в развитии. — М.: Медицина. — 1993. — С. 25. 13

Выявление нерезко выраженного отставания в развитии речи и особенно понимание причин этого отставания на этом возрастном этапе представляет большую сложность, так как индивидуальные сроки нормального речевого развития широко варьируются и, кроме того, любое неблагоприятное воздействие на организм ребенка в этот наиболее чувствительный (сенситивный) период формирования речи может приводить к отставанию речевого развития. Поэтому родителям и педагогам следует иметь в виду, что ребенок может отставать в развитии речи под влиянием самых различных неблагоприятных факторов. Это могут быть различные соматические заболевания, ослабляющие организм ребенка, психические травмы, недостаточность эмоционального общения, а также различные нервно-психические заболевания и отклонения в развитии. Поэтому любой ребенок с отставанием речи нуждается в консультации детского психоневролога. Именно врач в процессе обследования ребенка определит причины и характер отставания и наметит лечебно-коррекционные мероприятия. Тактика врача всегда направлена на уточнение клинического диагноза и определение раннего коррекционного вмешательства. На вопрос родителей, с какого возраста следует начинать заниматься с ребенком, если он отстает в развитии, ответ только один: немедленно.

Для психического развития ребенка важное значение имеет взаимоотношение развития действий с предметами и речи. Известно, что действенный анализ и синтез предшествуют развитию речи и словесному способу познания, однако в формировании представлений необходимо участие речи.

Отставание в развитии речи приводит к трудностям формирования операций сравнения, дифференцированного восприятия объектов.

К 3-летнему возрасту речь начинает занимать центральное место в психическом развитии ребенка. К 3 годам ребенок начинает говорить о себе в первом лице, у него формируется чувство «я», т.е. возможность выделения себя из окружающего мира.

В этот период у ребенка отмечается выраженное стремление к самостоятельности. Попытки родителей относиться к нему как к малышу вызывают у него чувство протеста. Если родители упорно подавляют самостоятельность ребенка, у него формируются упрямство и стремление все делать наоборот, впоследствии становящиеся правилом.

Особенности поведения ребенка в этот период развития во многом зависят от отношения к нему взрослых. Упрямство и негативная форма поведения направлены, в первую очередь, против взрослых, которые постоянно ухаживают за ребенком и особенно если они чрезмерно его опекают, чаще всего — это мать или бабушка.

14

Этот этап развития рассматривается как кризис трех лет (первый возрастной кризис).

На этом возрастном этапе формируется особое психологическое новообразование — обособление себя от окружающих, что имеет важное значение для личностного развития ребенка.

Вместе с тем, у детей с особыми проблемами в развитии в этот период наиболее резко проявляются различные психопатологические нарушения. Например, обособление себя от окружающих может принимать болезненный характер у детей с ранним детским аутизмом (РДА). Не случайно, что это отклонение в развитии наиболее ярко манифестирует в возрасте 3 лет.

На этом этапе возрастного развития очень важно, чтобы родители и педагоги-воспитатели были бы максимально внимательны к ребенку. Резкое отдаление ребенка от матери, например, помещение его в детское учреждение может травмировать психику малыша и привести к срывам нервной системы. В одних случаях это может проявляться в страхах, замкнутости, «уходе в себя», в других — в агрессии, нарушениях поведения. Кроме того, на этом этапе может нарушиться сон, могут возникнуть трудности с кормлением, туалетом, может появиться заикание.

Особо обращает на себя внимание то, что самые разнообразные нервно-психические заболевания у детей на этом возрастном этапе, прежде всего, проявляются в нарушениях речи. Так, ребенок с ранним детским аутизмом начинает говорить о себе в третьем лице, не используя местоимение *я*; иногда создается впечатление, что он как бы не понимает речи окружающих, не выполняет речевые инструкции. Все это приводит к предположению о наличии у него локальных речевых расстройств. На самом деле у такого ребенка нарушено целостное коммуникативное поведение за счет отсутствия потребности в общении с окружающими.

В некоторых случаях на этом возрастном этапе у детей может наблюдаться чрезмерно интенсивное и неравномерное развитие речи. Родители, стремясь способствовать этому, часто допускают ошибку, перегружая ребенка чрезмерной словесной информацией, новыми впечатлениями. Это может приводить к так называемому эволютивному заиканию («заиканию развития»). При этом заикании имеет место выраженная неравномерность в развитии речевых и психических средств общения. При высокой мотивации к общению, достаточном словарном запасе, хорошей речевой памяти у ребенка часто отмечается недостаточность общей и речевой моторики, регуляторной деятельности, координаторных функций, что и приводит к этой особой форме детского заикания.

15

Родителям и воспитателям следует быть особенно внимательными к ребенку в этот период интенсивного развития речи. Любое заболевание, психическая травма, чрезмерная стимуляция речевого развития могут привести к срыву наиболее интенсивно формирующейся речевой функции. Особенно следует обратить внимание на детей с повышенной нервной возбудимостью, леворукостью, моторной неловкостью, соматической ослабленностью, легкой мозговой дисфункцией, т.е. на детей, родившихся от матерей с неблагоприятно протекавшей беременностью и родами и имевших на первом-втором году жизни различные, в том числе и слабо выраженные, неврологические отклонения.

Для детей с легкой мозговой дисфункцией, неправильными условиями воспитания на этом возрастном этапе характерна общая двигательная расторможенность, эмоциональная возбудимость.

Особое внимание в этот возрастной период родителям и воспитателям следует обратить на так называемые регрессивные расстройства психических, речевых и моторных функций. Эти расстройства могут возникать при различных психических и неврологических заболеваниях.

Как уже отмечалось, они характерны для раннего детского аутизма. На этом возрастном этапе, кроме нарушений коммуникативного поведения, у детей с аутизмом проявляется отгороженность их от окружающего мира, слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, однообразное, стереотипное поведение с непереносимостью взгляда в глаза, «игры» с предметами неигрового назначения, страхи.

На этом же возрастном этапе отчетливо проявляются и более редкие нервно-психические заболевания, например, такие как синдром Ретта — заболевание, наблюдаемое исключительно у девочек, (см. стр. 132).

Психические и неврологические заболевания, возникающие в период первого возрастного криза, также как шизофрения, эпилепсия и другие, могут приводить к быстрому распаду сформированных и формирующихся психических функций.

В дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) интенсивно развивается игра, опосредованная деятельность с предметами, речь, что способствует формированию абстрактных форм мышления, произвольности психических процессов, возможности формирования внутреннего плана действий и оценки собственных действий и поведения. 16

В первые годы дошкольного периода преобладает игровая деятельность, постепенно развивается сюжетно-ролевая игра. Сюжетно-ролевая игра развивается постепенно на основе простых сюжетных игр, в которых младшие дошкольники достаточно четко воспроизводят действия изображаемых ими людей. Это игры «дочки-матери», «в доктора» и т.п.

Сюжетно-ролевая игра характерна для старших дошкольников. Эта игра, как правило, коллективна и отличается разнообразием тематики. Дети отражают в игре знакомые им ситуации, выходящие за пределы их личного опыта.

Кроме того, в старшем дошкольном возрасте развиваются подвижные и дидактические (обучающие) игры. Следует отметить, что эти игры возникают лишь в процессе целенаправленного руководства взрослых. Основной особенностью этих игр является то, что эти игры с правилами.

Для детей с особыми проблемами в развитии дидактические и развивающие игры имеют особенно важное значение, являются важным средством обучения ребенка.

Наряду с игрой, в дошкольном возрасте развиваются так называемые продуктивные виды деятельности — рисование и конструирование. Изобразительная деятельность ребенка начинает формироваться на границе преддошкольного и дошкольного возраста. Большую роль в ее развитии играет формирующаяся знаковая функция сознания.

К концу дошкольного периода, наряду с совершенствованием наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, начинают формироваться логические операции. Ребенок начинает мыслить при помощи рассуждений, т.е. он учится связывать между собой разные знания для решения конкретной мыслительной задачи.

Очень важным качественным приобретением в умственном развитии старшего дошкольника является возможность выделения общих и существенных признаков предметов и явлений окружающей действительности, таким путем у него формируется логическое обобщенное мышление.

При этом важно отметить взаимосвязь в развитии различных видов мышления дошкольника. Особенно тесная взаимосвязь существует между наглядно-образным и логическим мышлением. Обычно они совместно участвуют в решении дошкольником различных мыслительных задач.

17

К концу дошкольного периода ребенок обычно овладевает рациональными способностями мыслительных действий, но для этого необходимо специальное обучающее воздействие. В результате мыслительных действий у ребенка формируются новые знания и представления об окружающем мире. Эти знания могут формироваться как с помощью, преимущественно, наглядно-образного мышления (тогда это — новые образы и наглядные модели предметов и явлений окружающего мира), так и логического мышления (тогда это — новые понятия). Следует иметь в виду, что у дошкольника преобладает наглядно-образное мышление, поэтому разнообразный наглядно-образный материал в обучении дошкольника имеет важное практическое значение. Вместе с тем, наглядно-образное мышление стимулирует формирование логического мышления.

Для развития наглядно-образного мышления важное значение имеют все продуктивные виды деятельности ребенка, особенно рисование и конструирование. Рисовать ребенок начинает в младшем дошкольном возрасте. Ребенок 3—4 лет в рисунке пытается изобразить отдельные предметы. Обучение оказывает большое влияние и на то, как он рисует, с точки зрения техники рисования, и как он изображает различные предметы. На начальном этапе рисования ребенок передает в рисунке лишь отдельные части изображения, которые ему кажутся наиболее важными. Лишь очень постепенно, по мере развития предметной деятельности и зрительно-моторной функции, а также активного внимания, рисунок ребенка видоизменяется и совершенствуется. Таким образом, рисунок отражает процесс мотурации, т.е. созревания интегративных функций центральной нервной системы.

Рисование имеет важное значение для психического развития ребенка, а также для совершенствования его моторики и подготовки руки к письму. Рисуя, ребенок получает и закрепляет представления о свойствах предметов.

Важное значение для психического развития дошкольника имеет конструирование. Конструктивная деятельность начинает формироваться на протяжении четвертого-пятого года жизни. Овладение конструированием на начальных этапах всегда происходит под руководством взрослого. Важное значение имеет метод обучения. В зависимости от заданий, которые даются детям, выделяют конструирование по образцу, по условиям и замыслу.

При конструировании по образцу ребенок воспроизводит представленный ему образец, который может быть как в форме готовой конструкции, так и общего ее контура. 18

При конструировании по условиям ребенок воспроизводит в конструкции знакомый предмет с учетом определенных требований, например, построить маленький домик для куклы, или гараж для большой машины и т.п.

Важное значение для психического развития ребенка имеет конструирование по собственному его замыслу.

По мере развития конструирования у ребенка формируются конструктивные представления и конструктивное мышление.



Большую роль в развитии всех видов деятельности дошкольника и в развитии его мышления играет обучение: «Оно вызывает к жизни целый ряд таких процессов развития, которые вне обучения вообще бы сделались бы невозможными»<sup>1</sup>.

Умственные способности дошкольника развиваются путем усвоения определенных знаний и представлений об окружающем мире, а также путем овладения им целым рядом умений (рисование, конструирование, чтение, письмо). Кроме того, многими авторами и, прежде всего А.В.Запорожцем, показана важность для умственного развития ребенка овладения действиями замещения и наглядного моделирования, что дает ребенку возможность уже на уровне наглядно-образного мышления усваивать обобщенные знания. Такой метод использован рядом авторов при обучении дошкольников грамоте и при формировании у них начальных математических понятий<sup>2</sup>.

Установлено, что в дошкольном возрасте моделирование способствует развитию мышления, что пространственные модели способствуют переходу детей от наглядно-действенного мышления к наглядно-образному. Не менее важно то, что моделирование способствует развитию умения планировать свою деятельность<sup>3</sup>. Доказана роль целенаправленного руководства для овладения детьми наглядным моделированием. Это определяет важность формирования у детей с отклонениями в развитии интереса к конструктивной деятельности и ее результату. При этом особое внимание обращается на использование в обучении графических моделей. В отечественной коррекционной педагогике разработаны специальные приемы, способствующие овладению наглядным моделированием детьми дошкольного возраста с отклонениями в развитии<sup>1</sup>. Показано, что введение графических моделей способствует формированию конструктивных представлений.

<sup>1</sup> *Выготский Л. С.* Избранные психологические исследования. — М.: Изд-во АПН РСФСР. 1956. - С. 156.

<sup>2</sup> *Журова Л.Е.* Обучение грамоте в детском саду. — М.: Педагогика, 1974. — С. 152.

<sup>3</sup> *Тарунтаева Т.В.* Развитие элементарных математических представлений у дошкольников. — М.: Просвещение, 1973. — С. 80. **19**

В дошкольном возрасте, наряду с совершенствованием моторики, развитием конструктивной деятельности, происходит развитие всех психических функций и, прежде всего, продолжается интенсивное развитие речи. Словарный запас к 6 годам возрастает до 3,5 тыс. слов. Речь продолжает играть основную роль в развитии мышления ребенка, являясь средством регуляции его поведения.

Процесс восприятия становится все более самостоятельным и целенаправленным. У детей формируется наблюдательность, расширяется круг представлений об окружающем мире, развивается понимание причинно-следственных связей.

Все это создает основу для развития обобщенных видов мышления, к концу дошкольного возраста ребенку доступны простейшие виды логических операций.

В дошкольном возрасте формируются пространственные представления, которые играют большую роль в общем психическом развитии ребенка и являются одной из необходимых предпосылок для овладения элементарными счетными операциями, а в дальнейшем и математическими понятиями.

Быстро развивается память, дети легко запоминают стихи, сказки.

Интенсивное развитие всех психических функций и расширение круга практической деятельности формирует у дошкольника познавательное отношение к окружающей действительности.

Уже в старшем дошкольном возрасте у ребенка формируется внутренняя оценка ситуации, поступка, действий, совершенствуется внимание, закладываются основы нравственного развития личности.

Стойкие нарушения внимания в дошкольном возрасте часто являются одним из признаков различных отклонений в общем состоянии здоровья, а также одним из показателей задержки в психическом или физическом развитии. Особенно стойкие нарушения внимания характерны для детей с некоторыми неврологическими заболеваниями, например, гидроцефалией, детским церебральным параличом, эпилепсией и другими заболеваниями.

**20**

В дошкольном возрасте совершенствуется связная речь. Ребенок может связно и последовательно, грамматически и фонетически правильно излагать свои мысли. В некоторых случаях у детей может наблюдаться недифференцированное произнесение отдельных звуков, чаще это свистящие, шипящие, аффрикаты и сонорные.

Нередко наблюдается фонематическое недоразвитие слуха, ребенок не достаточно четко дифференцирует на слух сходные по звучанию фонемы, а также звуки, отличающиеся наиболее тонкими акустико-артикуляционными признаками. Это часто сочетается с трудностями составления рассказа по картинке или серии сюжетных картинок. Кроме того, такие дети с трудом заучивают стихотворения. Эти дети нуждаются в логопедических занятиях.

Существуют особые дети, которые составляют группу риска по школьной дезадаптации. К ним относятся соматически ослабленные дети, дети с нарушениями речи, моторики, поведения, функции активного внимания, памяти, а также дети с нарушениями общения и задержками психического развития, которые могут иметь как парциальный (частичный), так и общий характер. Все эти категории детей нуждаются в особенно тщательной подготовке к обучению.

## ***Глава 2. Ранняя стимуляция психомоторного развития***

Для детей с отклонениями в развитии исключительно важное значение имеет раннее начало лечебно-коррекционных мероприятий. В первые месяцы жизни особое значение имеет сенсорное воспитание. Сенсорные функции развиваются в тесной взаимосвязи с двигательными навыками, благодаря чему формируется целостная интегративная деятельность — сенсорно-моторное поведение, которое составляет основу психического развития ребенка. 21

У детей, родившихся в асфиксии, перенесших родовую травму или другие болезненные состояния в период родов, т.е. у детей «группы риска» важно с первых месяцев их жизни стимулировать накопление чувственного опыта, развивать моторную активность. Малыша необходимо как можно раньше научить комплексному обследованию и познанию окружающих его предметов с помощью совместной деятельности зрения, слуха, тактильно-кинестетического восприятия. Это должно осуществляться в процессе повседневного ухода за малышом. Первым необходимым условием успешности этой работы является правильная организация сенсорно-моторного окружения. Кровать ребенка должна находиться в светлой части комнаты. Уже с 1,5—2 месяцев к кровати подвешиваются игрушки. Известно, что уже с первых недель жизни у ребенка развивается бинокулярное зрение (одновременное восприятие предметов двумя глазами), что позволяет ему видеть предметы. К концу первого месяца младенец уже фиксирует глазами крупные предметы и в последующем следит глазами за передвигающимися крупными и яркими предметами и людьми.

Игрушки подвешиваются к кровати примерно на расстоянии 70 см над грудью малыша. Крупные и яркие игрушки размещают также в разных местах комнаты, недалеко от кровати малыша. Некоторые из них можно прикрепить к стене. Периодически игрушки меняют.

Игрушки подвешиваются на расстоянии вытянутых рук ребенка, чтобы он мог легко ударять по ним, а затем хватать и ощупывать.

Важно, чтобы взрослые активизировали процесс зрительного и слухового восприятия. Для вызывания зрительных реакций месячного ребенка мать привлекает его внимание к игрушке, приближая и удаляя ее от глаз малыша на расстояние 30—70 см, отводит их в стороны на 8—10 см. После того, как ребенок зафиксировал взор на игрушке, она медленно передвигает ее в сторону на высоте 40—50 см от глаз ребенка.

В возрасте 2—3 месяцев ребенка стимулируют фиксировать взгляд как на перемещаемых игрушках, так и на неподвижных предметах, побуждая его к более длительному сосредоточению на них, а также на лице говорящего.

Такие игры-занятия являются более эффективными, если их проводит мать в процессе эмоционально-положительного взаимодействия с малышом.

В настоящее время доказано, что именно мать (или лицо, заменяющее ее) обладает специфическими и высокоэффективными возможностями стимуляции развития ребенка раннего возраста. Установившееся взаимодействие мать-дети на ранних этапах развития представляет собой функциональную саморегулирующуюся биологическую систему.

Для развития зрительно-слуховых связей используют звучащие игрушки. Ребенка учат отыскивать взором звучащий предмет, расположенный на разном расстоянии и в различном направлении от ребенка. 22

Важное значение имеет развитие ощупывающих движений рук малыша одновременно со зрительной фиксацией ощупываемого предмета. С этой целью ребенку вкладывают в руку различные по форме, величине, тяжести, фактуре игрушки и предметы и привлекают его зрительное внимание к объекту, находящемуся в руке. Ребенка побуждают к захвату предметов и помогают ему в его осуществлении. Предметы и игрушки подбирают соответственно психомоторным возможностям ребенка и его возрасту.

Важное значение имеет развитие голосовых реакций — гуления, лепета. Используют специальные приемы для вызывания первых голосовых реакций. Стимулируют как спонтанное произнесение звуков, так и по подражанию. Для стимуляции голосовых реакций взрослый наклоняется над ребенком, ласково улыбается и произносит через определенные интервалы одни и те же протяжные звуки, стимулируя ребенка к ответным голосовым реакциям. Ребенка учат прислушиваться к голосу и подражать взрослому. К концу первого года жизни ребенка побуждают к обозначению предметов и действий звуковыми сочетаниями и отдельными звуками (а-а-а — спать, бах — упал и т.п.).

Со второго полугодия жизни чувственный опыт ребенка все больше связывается с речью взрослого. Поэтому давая ребенку игрушки обязательно называют их. После 6 месяцев малыша также стимулируют активно манипулировать разнообразными предметами и игрушками. Полезно предлагать игрушки для вкладывания и вынимания (матрешки, пирамидки), толкания (машины, тележки), для нанизывания, катания и т.п.

Важное значение имеет развитие моторики пальцев.

У детей с поражением центральной нервной системы педагогические приемы стимуляции развития сочетаются со специальным лечением. При двигательных нарушениях широко применяют физиотерапевтические методы лечения, при задержках развития стимулирующую медикаментозную терапию, которая применяется дифференцированно в зависимости от характера неврологического заболевания. Среди лекарственных препаратов для стимуляции психического развития ведущее значение имеют аминокислоты и витамины, нормализующие белковый обмен и стимулирующие энергетические процессы в тканях мозга. К таким препаратам относятся: гаммалон, аминалон, ноо-тропил, церебролизин, энцефабол, когитум, глутаминовая ки-

слота, витамины группы В. Другие медикаментозные препараты назначают с учетом специфики нервно-психических расстройств и соматического состояния ребенка.

**23** Успех ранних лечебно-педагогических мероприятий у детей раннего возраста во многом зависит от родителей, которые должны стать активными помощниками врача, и взаимодействия матери и ребенка.

Важное значение имеет ранняя стимуляция доречевого и начального речевого развития. Она также проводится поэтапно.

На первом этапе (для нормально развивающегося ребенка это возраст от 1 месяца до 3) проводится тактильная стимуляция губ, развитие слухового внимания, стимуляция гуления. На втором этапе (4—8 месяцев) — гимнастика губ: сближают губы вместе и растягивают их в стороны, пока не почувствуют сопротивление. Собирают губы в морщинки, пока ребенок не начнет сопротивляться этим движениям. Побуждают ребенка губами тянуться к соске, пище. Стимулируют движения языка путем надавливания на его кончик ложкой в момент кормления. Делают это очень осторожно, чтобы не вызвать рвотный рефлекс. Стимулируют движения языка при помощи шпателя с вареньем. Побуждают жевание: держат пальцы под подбородком, когда ребенок пытается жевать, пассивно помогая ему в этом, подталкивая нижнюю челюсть вверх и вниз. Стимулируют лепет и слуховое внимание.

На третьем этапе (9—18 месяцев) — стимулируют и развивают жевание: помещают кусочки пищи между челюстями и пассивно воспроизводят схему жевания.

Развивают возможность одновременного восприятия ритмичных звуков и зрительного восприятия движений руки взрослого. Для этого на глазах у ребенка звонят в колокольчик. Развивают слуховое внимание и элементарную звуковую дифференцировку, а также определение звука в пространстве различными звучащими игрушками. Закрепляют связь между словом, предметом и простейшим действием. Обучают ребенка давать предмет по просьбе взрослого. По подражанию развивают интонацию просьбы.

На четвертом этапе (18—36 месяцев) продолжают развивать локализацию звука в пространстве, моторную сторону речи, стимулируя ребенка к повторению слов по подражанию, развивают словарный запас, интонационную сторону речи, расширяют словарный запас, стимулируют развитие речи.

Важное значение при ранней стимуляции психомоторного развития имеет развитие зрительно-моторной координации и дифференцированных движений рук. Эта работа проводится в соответствии с нормальными закономерностями развития этих функций у здорового ребенка. **24**

**В возрасте 1—3 месяцев** развивают зрительное и слуховое внимание, высоко звучащие игрушки вкладывают в руку ребенка с целью развития тактильных ощущений при дополнительной зрительной стимуляции.

**В возрасте 4—8 месяцев** развивают функцию активного, произвольного захвата игрушек, варьируя величину, фактуру, вес игрушек.

**В возрасте 9—18 месяцев** развивают возможность узнавать знакомые предметы на расстоянии, захватывать с участием большого пальца и конечных фаланг других. В игре ребенка учат исследовать предметы путем повторных проб действий с ними, в том числе и проб с опорожнением и наполнением. Учат ребенка пить из чашки, пользоваться ложкой. С этой целью еще более варьируют размеры и формы игрушек. Проводят игры-упражнения с наливанием и выливанием воды. Ребенку предлагают игрушки, в захватывании которых необходимо участие большого пальца и конечных фаланг остальных («игрушки на ниточках»).

**В возрасте 9—19 месяцев** продолжает развиваться зрительное восприятие глубины в вертикальной и горизонтальной плоскости. Развивается манипулятивная деятельность, начинает развиваться тактильно-осознательное восприятие. Ребенок хотя и продолжает играть двумя руками, но уже выделяется преобладающая рука. Преобладающая рука еще часто может меняться.

В процессе коррекционной работы развивают зрительно-тактильные связи, проводят активные игры с ребенком — складывание кубиков, игры с песком и водой, простейшими сборными игрушками.

**В возрасте 3 лет** у здорового ребенка развиваются зрительно-моторные навыки, зрительное восприятие частей и целого. Ребенок при манипулятивной деятельности обращает внимание на движения рук. На этом возрастном этапе для стимуляции развития используют пластилин, цветные мелки и карандаш. Обучают ребенка провести линию, игре в кубики, простейшему конструированию, начинают развивать функции самообслуживания: самостоятельно снимать одежду и надевать с помощью взрослого, расстегивать большие пуговицы.

К возрасту 4 лет ребенка учат пользоваться цветными карандашами и мелками. Обучают вырезанию и склеиванию, определению на ощупь материала: песок, бумага, мех и т.п. Учат застегивать пуговицы и простые крючки, пользоваться ложкой и вилкой.

**25** К возрасту 5 лет обучают раскрашиванию, рисованию, копированию основных форм (кружок, крест, квадрат), вырезанию и склеиванию, зашнуровыванию ботинок.

*Развитие эмоционально-положительного общения с матерью или заменяющим ее лицом*

Исключив физические причины беспокойства ребенка (болевые ощущения, чувство дискомфорта от мокрых пеленок, голода, холода и т.п.) и наладив с первых дней жизни строгий режим дня, мать приступает к проведению с малышом специальных игр, способствующих повышению эмоционального тонуса и развитию положительных эмоций.

1. Многократно повторяя какое-либо звукосочетание или слово, приближая и отдаляя свое улыбающееся лицо, мать стремится тем самым привлечь внимание ребенка и передать ему свое радостное настроение, создать положительный эмоциональный контакт<sup>1</sup> с малышом.

2. Накинув себе на лицо платок, мать окликает ребенка, привлекая к себе его внимание, затем быстро сдергивает платок, смеясь и приближая свое лицо к ребенку. Быстрая смена слуховых и неожиданных зрительных впечатлений создает у ребенка положительные эмоции и повышает его эмоциональный тонус. (Упражнение эффективно, когда ребенок уже выделяет мать).

3. Мать берет малыша на руки в вертикальном положении, приблизив его лицо к своему, она то отдаляя его от себя, то приближая, громко нараспев произносит какое-нибудь звукосочетание или слово. Вертикальное положение тела, телесный контакт и речевое общение вызывают эмоционально-положительные реакции ребенка.

### Глава 3. Основные формы аномального психического развития (клиническая характеристика)

#### 1. Нарушения познавательной деятельности *1.1. Умственная отсталость*

Под умственной отсталостью отечественные специалисты понимают стойкие нарушения психического развития определенной качественной структуры. При умственной отсталости име-

26

ет место ведущая недостаточность познавательной деятельности и, в первую очередь, недоразвитие абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения в сочетании с малой подвижностью и инертностью психических процессов.

Выделяют две основные формы умственной отсталости: *олигофрению* и *деменцию*.

При олигофрении имеет место раннее, обычно внутриутробное недоразвитие головного мозга, обусловленное наследственными влияниями или различными повреждающими факторами окружающей среды, действующими в период внутриутробного развития плода, во время родов и в течение первого года жизни. При олигофрении отсутствует нарастание интеллектуального дефекта. Особенности проявления интеллектуальной недостаточности связаны лишь с возрастными закономерностями развития ребенка.

Для олигофрении характерно тотальное недоразвитие всех психических функций с преимущественной недостаточностью абстрактных форм мышления. Интеллектуальный дефект сочетается с нарушениями моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоциональной сферы, произвольных форм поведения.

Недоразвитие познавательной деятельности при олигофрении проявляется, прежде всего, в недостаточности логического мышления, нарушении подвижности психических процессов, инертности мышления. Слабость логического мышления заключается в низком уровне развития обобщения, сравнения предметов и явлений окружающей действительности по существенным признакам, в невозможности понимания переносного смысла пословиц и метафор.

Темп мышления замедлен, характерна инертность психических процессов, отсутствует возможность переноса усвоенного в процессе обучения способа действия в новые условия. Недоразвитие мышления сказывается на протекании всех психических процессов. В восприятии, памяти, внимании страдают, прежде всего, функции отвлечения и обобщения, т.е. всегда нарушаются компоненты психической активности, связанные с аналитико-синтетической деятельностью мозга. В эмоционально-волевой сфере это проявляется в недостаточности сложных эмоций и произвольных форм поведения.

Интеллектуальный дефект отличается стойкостью, при тяжелых формах выявляется уже на первом году жизни.

**При олигофрении** выделяют три степени умственного недоразвития: *дебильность*, *имбецильность* и *идиотию*.

**Дебильность** является наиболее легкой по степени и наиболее распространенной формой олигофрении (коэффициент интеллекта 50—69). При отсутствии осложняющих интеллектуальную недостаточность расстройств, а также при ранних и адекватных коррекционных мероприятиях социальный прогноз благоприятен.

Более тяжелой степенью олигофрении является имбецильность (коэффициент интеллекта 20—49). При имбецильности грубо нарушена способность к обобщенному мышлению и к образованию понятий.

Самая тяжелая степень олигофрении — идиотия (коэффициент интеллекта менее 20) — характеризуется грубым недоразвитием всех психических функций.

**Деменция** представляет собой распад более или менее сформированных интеллектуальных и других психических функций, т.е. при деменции имеет место приобретенный после рождения интеллектуальный дефект.

В раннем возрасте разграничение деменции и олигофрении может представлять большие сложности. При возникновении деменции у детей старше трех лет ее отграничение от олигофрении становится более четким.

Для разграничения этих форм интеллектуальных нарушений важно иметь в виду, что при деменции, в отличие от олигофрении, имеет место период нормального интеллектуального развития.

Кроме того, структура интеллектуальной недостаточности при деменции имеет свои характерные особенности, которые заключаются в неравномерной недостаточности различных познавательных функций.

При деменции может наблюдаться несоответствие между запасом знаний и крайне ограниченными возможностями их реализации.

Характерными признаками деменции являются выраженные нарушения умственной работоспособности, памяти, внимания, регуляции поведения, мотивации. Кроме того, характерны личностные и эмоциональные расстройства: дети часто некритичны, расторможены, эмоции их примитивны.

В раннем возрасте деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков. Например, если деменция возникает у ребенка трех лет, то прежде всего теряется речь, пропадают начальные навыки самообслуживания и опрятности, затем могут утрачиваться и ранее приобретенные навыки — ходьба и другие.

28

### *1.2. Задержка психического развития*

Особенностью задержки психического развития (ЗПР) является качественно иная структура интеллектуальной недостаточности по сравнению с умственной отсталостью. Психическое развитие отличается неравномерностью нарушений различных психических функций; при этом логическое мышление может быть более сохранным по сравнению с памятью, вниманием, умственной работоспособностью.

Кроме того, в отличие от олигофрении, у детей с задержкой психического развития отсутствует инертность психических процессов; они способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные навыки умственной деятельности в другие ситуации. С помощью взрослого они могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне. Этим они качественно отличаются от детей с умственной отсталостью.

Для детей с ЗПР характерна низкая познавательная активность.

Особенностью психического развития детей с задержанным развитием в дошкольном возрасте является недостаточность у них процессов восприятия, внимания, памяти.

В связи с недостаточностью интегральной деятельности мозга дети с задержкой психического развития затрудняются в узнавании непривычно представленных предметов и изображений, им трудно соединить отдельные детали рисунка в единый смысловой образ.

Эти специфические нарушения восприятия у детей с задержкой развития определяют ограниченность и фрагментарность их представлений об окружающем мире.

Недостаточность интегративной деятельности мозга при ЗПР проявляется и в так называемых сенсомоторных нарушениях, что находит свое выражение в рисунках детей.

Таким образом, одной из основных особенностей детей с задержкой психического развития является недостаточность образования связей между отдельными перцептивными и двигательными функциями.

Одной из характерных особенностей детей с задержкой в развитии является отставание в формировании у них пространственных представлений, недостаточная ориентировка в частях собственного тела.

29 Кроме того, в дошкольном возрасте у них чаще, чем у нормально развивающихся сверстников, наблюдается перекрестная или невыраженная латеральность.

Характерным признаком детей с задержкой психического развития является недостаточность у них тонкой моторики.

При ЗПР часто наблюдается отставание в развитии речи, а также достаточно стойкие фонетико-фонематические нарушения и расстройства артикуляции.

Характерной особенностью детей с задержкой психического развития является выраженное нарушение у большинства из них функции активного внимания.

Одной из часто встречающихся особенностей нарушений внимания у детей с задержкой психического развития является его недостаточная концентрация на существенных признаках. В этих случаях при отсутствии соответствующей коррекционной работы может отмечаться отставание в развитии мыслительных операций.

Нарушения внимания особенно выражены при двигательной расторможенности, повышенной аффективной возбудимости, т.е. у детей с гиперактивным поведением. Эти дети, как правило, испытывают наиболее выраженные затруднения в усвоении навыков чтения и письма.

Для многих детей с задержкой психического развития характерна своеобразная структура памяти. Это проявляется иногда в большей продуктивности произвольного запоминания.

Недостаточность произвольной памяти у детей с ЗПР в значительной степени связана со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной ее целенаправленностью, не-сформированностью функции самоконтроля. Этими же факторами объясняются характерные нарушения поведения у данной категории детей.

Категория детей с задержкой психического развития крайне неоднородна. У одних из них на первый план выступает замедленность становления эмоционально-личностных характеристик и произвольной регуляции поведения. Это дети с различными формами инфантилизма. Наиболее отчетливо инфантилизм проявляется к концу дошкольного и в начале школьного возраста. У этих детей задержано формирование личностной готовности к обучению.

При других формах задержки психического развития преобладает задержанное развитие различных сторон познавательной деятельности.

### 1.3. Нарушения познавательной деятельности у детей с тяжелыми речевыми расстройствами

Эта категория детей достаточно полиморфна, но общей их особенностью является стойкое системное недоразвитие речи, которое определяет часто неготовность этих детей к обучению в условиях массовой школы. Речевые нарушения проявляются в недостаточности развития всех сторон речи, фонетико-фонематической, лексико-грамматической и особенно связной речи. Недостаточная сформированность устной речи сочетается с недоразвитием фонематического анализа, в связи с чем дети испытывают выраженные трудности в усвоении навыков чтения и письма.

Недоразвитие речи обычно сочетается с неврологической и психопатологической симптоматикой. Неврологическая симптоматика свидетельствует не только о задержке созревания центральной нервной системы, но и о негрубом повреждении отдельных мозговых структур, т.е. наиболее часто имеет место дизонтогенетически-энцефалопатический симптомокомплекс нарушений. Среди характерных нервно-психических нарушений наибольшее значение имеют следующие:

гипертензионно-гидроцефальный синдром — синдром повышенного внутричерепного давления, который проявляется в нарушениях умственной работоспособности, произвольной деятельности и поведения детей, а также в быстрой истощаемости и пресыщаемости любым видом деятельности, повышенной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности. Эти дети плохо переносят жару, духоту, езду на транспорте, иногда жалуются на головные боли и головокружения.

Кроме того, для многих из них характерен церебрастенический синдром, который проявляется в виде повышенной нервно-психической истощаемости, эмоциональной неустойчивости, в виде нарушений функций активного внимания и памяти.

В одних случаях синдром сочетается с проявлениями гипервозбудимости — признаками общего эмоционального и двигательного беспокойства; в других — с проявлениями заторможенности, вялости, пассивности.

У многих детей с тяжелыми нарушениями речи при неврологическом обследовании выявляются различные, обычно не-резко выраженные двигательные нарушения. Они характеризуются изменениями мышечного тонуса, легкими геми- и моно-Парезами, нарушениями равновесия и координации движений, недостаточностью дифференцированной моторики пальцев рук, несформированностью общего и орального праксиса. Часто у этих детей выявляются нарушения артикуляционной моторики в виде легких парезов, тремора и насильственных движений языка, обуславливающие проявления стертой дизартрии.

Могут наблюдаться также неврозоподобные синдромы в виде тиков мышц лица, преходящего или более стойкого энуреза, а также субклинические эпилептические проявления (судорожные реакции на высоте температуры, вязкость и инертность эмоциональных реакций и поведения, характерные изменения на ЭЭГ).

Клиническое и психолого-педагогическое обследование детей с тяжелыми нарушениями речи выявляет нередко у многих из них характерные нарушения познавательной деятельности, обусловленные как самим речевым дефектом, так и низкой умственной работоспособностью.

Исследование высших психических функций этих детей показывает нередко локальную недостаточность отдельных видов гнозиса, праксиса. Так, специфические затруднения в копировании геометрических фигур (при выполнении теста Бендера и других заданий), в рисовании могут указывать на несформированность зрительно-пространственного гнозиса.

Многие дети с тяжелыми недоразвитием речи отличаются незрелостью эмоционально-волевой сферы, низкой умственной работоспособностью, эмоциональной лабильностью, иногда — двигательной расторможенностью, повышенной аффективной возбудимостью.

При обследовании детей дошкольного возраста с нарушениями речи особенно важно выделить тех, у которых речевые расстройства сочетаются с выраженными нарушениями внимания и гиперактивным поведением, так как они составляют группу риска по дислексии и дисграфии, т.е. в школьном возрасте у них могут проявиться специфические стойкие затруднения при обучении их чтению и письму.

В настоящее время в развитых странах мира продуктивно разрабатывается биологическая концепция нарушений внимания, гиперактивного поведения и специфических трудностей в усвоении чтения и письма. Особое внимание обращается на выявление детей группы риска по специфическим нарушениям письменной речи.

В 1987 г. Американская психиатрическая Ассоциация определила критерии ранней диагностики нарушений внимания и

32

гиперактивного поведения у детей по следующим основным критериям:

излишняя двигательная активность: ребенок производит множество движений ногами, руками или вертится на месте;

не может длительное время сидеть спокойно по инструкции взрослого;

легко выводится из равновесия внешними стимулами; нетерпелив и легко возбудим в играх со сверстниками, особенно испытывает трудности в ожидании своей очереди в игре; часто начинает отвечать на вопросы, не дослушав их до конца; с трудом подчиняется инструкциям при отсутствии при этом негативизма;

с трудом сохраняет внимание при выполнении игровых заданий; «не умеет» играть и говорить тихо;

часто прерывает других или вторгается в игры других детей. Среди причин, обуславливающих нарушения внимания, трудности поведения и с началом обучения проявления дислексии и дисграфии, большое место отводится как остаточным проявлениям органического поражения ЦНС — легкой мозговой дисфункции (ЛМД), так и генетическим факторам. Описаны семейные формы дислексии. Высказывается гипотеза аутосомно-доминантного наследования. Вместе с тем, в этой проблеме имеется еще много нерешенных вопросов. Нет достаточно убедительных объяснений преобладания при дислексии лиц мужского пола, а также ее связи с леворукостью и аутоиммунными заболеваниями. Вместе с тем известно, что мальчики достоверно чаще испытывают трудности в обучении, чем девочки, и у них чаще имеют место проявления дислексии. Некоторые авторы объясняют это гормональными факторами и более частыми перинатальными повреждениями у мальчиков.

В настоящее время изучение причин дислексии проводится во взаимосвязи с нарушениями внимания и гиперактивного поведения. При этом особенно подчеркивается роль ранней диагностики с предсказанием трудностей чтения. Разрабатываются специальные методики, имеющие целью предупреждение специфических трудностей при обучении ребенка чтению и письму. В зарубежных методиках при этом особенно большое внимание отводится специальной педагогической работе над пониманием текста и прогнозу специфики последующих трудностей в обучении чтению. Показано, что у детей «группы риска по дислексии» задержано фонологическое осознание речевого материала по сравнению с контрольной группой.

В отечественной логопедии осуществлялся комплексный подход к предупреждению, диагностике и коррекции дислексии.

Среди основных психологических механизмов нарушений чтения выделяются такие как:

несформированность зрительного анализа и синтеза;

недостаточность пространственных представлений;

нарушения фонематического восприятия;

нарушения фонематического анализа и синтеза;

недоразвитие лексико-грамматического строя речи.

Отечественными авторами (Р.И.Лалаева) разрабатывается психолингвистический аспект изучения дислексии. Во всех случаях степень и вид нарушений чтения и письма соотносятся с состоянием устной речи ребенка. Большое место отводится профилактике нарушений чтения и письма особенно у детей с речевыми нарушениями, с задержкой психического развития, умственной отсталостью, с церебральным параличом. С этой целью проводится работа по развитию зрительно-пространственных функций, памяти, внимания, языкового анализа и синтеза, лексико-грамматической стороны речи.

Особо большое внимание уделяется формированию фонематического анализа и синтеза. Эта работа проводится с учетом последовательности формирования звукового анализа в онтогенезе.

Большое место в коррекционной работе по предупреждению оптической дислексии и дисграфии уделяется специальным упражнениям над уточнением и дифференциацией оптических образов букв.

При изучении механизмов нарушений письменной речи большое внимание уделяется проблеме межполушарной организации психических процессов. Известно, что письменная речь базируется на межполушарном взаимодействии. Поэтому у детей -левшей чаще могут наблюдаться специфические трудности в усвоении письменной речи, что необходимо учитывать при подготовке их к обучению.

На начальных этапах овладения письменной речью у детей-левшей нередко стойко проявляется «зеркальность», что необходимо учитывать в коррекционной работе с ними. Кроме того, для этих детей характерен целый спектр и других нервно-психических особенностей, а также атипичных вариантов психического онтогенеза, что может осложнять их адаптацию к учебной деятельности. Это необходимо учитывать при подготовке их к обучению и особенно к усвоению навыков чтения, письма и счета. 34

#### *1.4. Нарушения познавательной деятельности у детей с церебральными параличами*

Кроме двигательных и речевых нарушений, структура дефекта при церебральном параличе включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Они могут быть связаны как с первичным поражением мозга, так и с задержкой его постнатального созревания. Большая роль в отклонениях психического развития детей с церебральным параличом принадлежит двигательным, речевым и сенсорным нарушениям. Так, глазодвигательные нарушения, недоразвитие и задержка формирования важнейших двигательных функций (удержание головы, сидение и т.п.) способствуют ограничению полей зрения, что, в свою очередь, обедняет процесс восприятия окружающего, приводит к недостаточности произвольного внимания, пространственного восприятия и познавательных процессов.

Двигательные нарушения ограничивают предметно-практическую деятельность. Последнее обуславливает недостаточное развитие предметного восприятия. Двигательная недостаточность затрудняет манипуляцию с предметами, их восприятие на ощупь. Сочетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации и речи препятствует развитию познавательной деятельности.

Отклонения в психическом развитии у детей с церебральным параличом в большой степени обусловлены недостаточностью их практической деятельности и социального опыта, коммуникативных связей с окружающими и невозможностью полноценной игровой деятельности. Двигательные нарушения и ограниченность практического опыта могут быть одной из причин недостаточности высших корковых функций

и, в первую очередь, несформированности пространственных представлений. Большую роль в нарушениях познавательной деятельности у детей с церебральным параличом играют и речевые расстройства.

Особенности психических отклонений в большой мере зависят от локализации мозгового поражения.

Нарушения умственной работоспособности у детей с церебральными параличами проявляются в виде синдрома раздражительной слабости. Этот синдром включает два основных компонента: с одной стороны, это повышенная истощаемость психических процессов, утомляемость, с другой — чрезвычайная раздражительность, плаксивость, капризность. Иногда при

35 этом наблюдаются более стойкие дистимические изменения настроения (пониженный фон настроения с оттенком недовольства). Дети с церебральным параличом стойко психически истощаемы, недостаточно работоспособны, не способны к длительному интеллектуальному напряжению.

Синдром раздражительной слабости обычно сочетается у этих детей с повышенной чувствительностью к различным внешним раздражителям (громким звукам, яркому свету, различным прикосновениям и т.п.)

Определенная роль в утяжелении указанных нарушений принадлежит социальным факторам, в частности, воспитанию по типу гиперопеки. В результате может произойти недоразвитие мотивационной основы психической деятельности. В этих случаях более четко проявляется астенодинамический синдром. Дети с этим синдромом вялые, заторможенные. Они малоактивны при выполнении любых видов деятельности, с трудом начинают выполнять задания, двигаться, говорить. Их мыслительные процессы крайне замедленны.

Астенодинамический синдром по большей части отмечается у детей со спастической диплегией (поражение нижней и верхних конечностей, с отчетливым преобладанием поражения ног), а также при атонически-астатической форме церебрального паралича (на фоне низкого мышечного тонуса отмечаются отчетливые нарушения координации и равновесия).

При гиперкинетической форме, когда у ребенка, в первую очередь, наблюдаются непроизвольные движения — гиперки-незы, часто наблюдается астеногипердинамический синдром с проявлениями двигательного беспокойства, повышенной раздражительностью и суетливостью.

Церебрастенические синдромы наиболее отчетливо начинают проявляться в старшем дошкольном возрасте, когда с ребенком начинаются систематические педагогические занятия. Резко проявляется недостаточность внимания, памяти и других корковых функций. Кроме того, более четкими становятся специфические особенности мыслительной деятельности.

Нарушения мыслительной деятельности проявляются в задержанном формировании понятийного, абстрактного мышления. Несмотря на то, что у многих детей к началу обучения может быть формально достаточный словарный запас, наблюдается задержанное формирование слова как понятия, имеет место ограниченное, часто сугубо индивидуальное, иногда искаженное понимание значения отдельных слов. Это связано, в

36

первую очередь, с ограниченным практическим опытом ребенка. Можно предполагать, что обобщающие понятия, сформированные вне практической деятельности, не способствуют в должной мере развитию интеллекта, общей стратегии познания.

Особенности мышления у детей с церебральным параличом наиболее четко обнаруживаются при выполнении заданий, требующих симультанного характера интеллектуальных процессов, т.е. целостной интеллектуальной операции, основанной на взаимодействии анализаторных систем.

У детей с церебральным параличом обычно отмечаются не только малый запас знаний и представлений, за счет бедности их практического опыта, но и специфические трудности переработки информации, получаемой в процессе предметно-практической деятельности.

Эти специфические особенности мышления часто сочетаются с нарушенной динамикой мыслительных процессов. Наиболее часто наблюдается замедленность мышления, некоторая его инертность. У отдельных детей отмечается недостаточная последовательность и целенаправленность мышления, иногда со склонностью к резонерству и побочным ассоциациям. Замедленность мышления обычно сочетается с выраженностью церебрастенического синдрома.

Во всех случаях наблюдается взаимосвязь нарушений мышления и речевой деятельности.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную категорию: одни имеют нормальный интеллект, у многих наблюдается своеобразная задержка психического развития, у некоторых имеет место олигофрения.

Для детей с церебральным параличом также характерны нарушения формирования высших корковых функций. Наиболее часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать и писать.

Недостаточность высших корковых функций может проявляться также в задержке формирования пространственных и временных представлений, фонематического анализа и синтеза, сте-реогноза (узнавание предметов на ощупь).

Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные эмоциональные и речевые расстройства. Эмоциональные расстройства проявляются в виде повышенной эмоциональной озоудимости, повышенной чувствительности к обычным раз-



здражителем окружающей среды, склонности к колебаниям настроения. Повышенная эмоциональная лабильность сочетается с инертностью эмоциональных реакций.

Повышенная эмоциональная возбудимость может сочетаться с радостным, приподнятым, благодушным настроением (эйфория), со снижением критики. Нередко эта возбудимость сопровождается страхами, особенно характерен страх высоты.

Повышенная эмоциональная возбудимость может сочетаться с нарушениями поведения в виде двигательной расторможенности, аффективных взрывов, иногда с агрессивными проявлениями, с реакциями протеста по отношению к взрослым. Все эти проявления усиливаются при утомлении, в новой для ребенка обстановке и могут быть одной из причин школьной и социальной дезадаптации. При чрезмерной физической и интеллектуальной нагрузке, ошибках воспитания эти реакции закрепляются и возникает угроза формирования патологического характера.

Специфические нарушения деятельности и общения при детском церебральном параличе могут способствовать своеобразному формированию личности.

Наиболее часто наблюдается диспропорциональный вариант развития личности. Это проявляется в том, что достаточное интеллектуальное развитие сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в эгоцентризме, наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Причем, с возрастом эта диссоциация обычно увеличивается. У ребенка легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности, так ребенок даже с сохранной ручной деятельностью долго не осваивает навыки самообслуживания.

При нарушениях интеллекта особенности развития личности сочетаются с низким познавательным интересом, недостаточной критичностью.

Особенности психического развития детей с церебральным параличом во взаимодействии со спецификой речевых расстройств должны учитываться при подготовке их к обучению.

Для развития речи и мышления детей с церебральным параличом важное значение имеет расширение их кругозора, обогащение их жизненного опыта. Работа по развитию речи проводится поэтапно в тесной взаимосвязи с развитием моторики и коррекцией двигательных нарушений. 38

#### *1.5. Дети с нарушениями слуха, зрения, ранним детским аутизмом*

Психическое развитие детей с врожденными нарушениями слуха отличается рядом характерных особенностей. В первые месяцы жизни у них отсутствует или слабо выражен врожденный рефлекс на резкие звуки, который в норме проявляется во вздрагивании и зажмуривании глаз. При плаче ребенок не замолкает на голос взрослого, как это делает нормально слышащий малыш. В дальнейшем у детей с нарушениями слуха не формируются сочетательные рефлексы на звуковые стимулы.

При отсутствии специальных занятий у детей с нарушениями слуха обычно наблюдается отставание в психическом развитии, у них задерживается формирование предметных действий, сюжетной игры, функции активного внимания, что в дальнейшем затрудняет проведение с ними специальной сурдологической работы. Поэтому очень важно раннее начало сурдологической работы с этими детьми.

Многие дети с нарушениями слуха отличаются характерными особенностями поведения в виде повышенной психической истощаемости, эмоциональной возбудимости, склонности к негативизму, двигательной расторможенности. Эти дети должны обязательно консультироваться у детского психоневролога, многие из них нуждаются и в специальном лечении.

Среди детей с нарушениями слуха есть замкнутые, мало контактные дети, они также нуждаются в консультации психоневролога.

Особенности психического развития глухих детей раннего возраста наиболее подробно представлены в работах А.А.Вагнер, Г. Л. Выгоде кой, Э.И.Леонгард, особенности их речевого развития представлены в исследованиях Л.П.Носковой, развитие нарушенной слуховой функции в работах Е.П.Кузьмичевой, Т.В.Пельмской, Н.Д.Шматко и др.

При оценке психического развития детей с нарушениями слуха важное значение имеет комплексный клинико-психолого-педагогический анализ с учетом этиологии, патогенеза, объективной оценки слуха, данных психолого-педагогического, неврологического и психопатологического обследования.

В настоящее время более 40% детей с нарушениями слуха имеют сложную структуру дефекта за счет различных психоневрологических расстройств. Многие из этих форм имеют генетическую этиологию. Выделяют несколько основных групп на-

39 следственных нарушений слуха, сочетающихся с другими пороками развития:

- с пороками развития и заболеваниями органа зрения;
- с нарушениями развития скелета и соединительной ткани;
- с почечной патологией;
- с эндокринной патологией;
- с патологией сердечно-сосудистой системы;
- с заболеваниями кожных покровов.

В зависимости от этиологии, времени возникновения дефекта слуха, времени начала коррекционной работы психическое развитие широко варьирует от нормального интеллекта до глубоких форм умственной отсталости. Подобный полиморфизм характерен и для детей с нарушениями зрения, а также для детей с бисенсорным дефектом.

Асинхронный психический дизонтогенез при раннем детском аутизме может сочетаться также с умственной отсталостью.

#### Глава 4. Судорожный синдром и наиболее распространенные соматические и нервно-мышечные заболевания у детей раннего возраста

Судорожные состояния у детей первых лет жизни являются достаточно частыми и проявляются при различных инфекционных и неврологических заболеваниях, иногда они являются первым признаком, свидетельствующим о поражении мозга. Специфика судорожных проявлений в значительной степени зависит от возраста ребенка.

У новорожденного при поражении ЦНС могут отмечаться как генерализованные, так и очаговые клинические припадки. Они могут быть связаны с родовой травмой, асфиксией, нейро-инфекцией, а также врожденными нарушениями обмена аминокислот, углеводов, липидов и витаминов.

У детей грудного возраста появление судорог может быть связано с органическим поражением ЦНС, наследственными болезнями обмена, нейроинфекциями, поствакцинальными осложнениями. Могут наблюдаться также особые аффективно-респираторные судороги, связанные с повышенной возбудимостью ЦНС. Такие судороги возникают обычно вслед за отрицательной эмоциональной реакцией на фоне сильного плача или крика. Малыш начинает громко кричать, затем у него на вдохе

40

задерживается дыхание, он синееет, потом бледнеет и теряет сознание на несколько секунд. Эти судороги могут иметь характер единичных или нескольких повторных эпизодов, или же повторяются и трансформироваться в эпилептическую болезнь. Ребенок с подобными судорогами должен быть обязательно проконсультирован у детского психоневролога.

Наиболее часто у детей раннего возраста наблюдаются фебрильные судороги, возникающие на фоне высокой температуры. Отдаленный прогноз фебрильных судорог обычно благоприятный.

Судорожный синдром у детей раннего возраста может протекать также по типу абсансов — кратковременной остановки взора и потери сознания. Диагностика этого типа судорожного синдрома является трудной и требует очень внимательного наблюдения за малышом.

(Отставание психомоторного развития у детей раннего возраста может быть связано с гипотрофией. Основным проявлением гипотрофии является отставание массы тела от возрастных нормативов, причем, это отставание является достаточно длительным. В зависимости от выраженности дефицита массы выделяют три степени гипотрофии:

первая степень (самая легкая) — дефицит массы тела составляет 10—20%;

вторая степень (средняя) — дефицит массы — 20—30%;

третья степень (тяжелая) — дефицит массы более 30%.

Кроме отставания массы тела при гипотрофии часто наблюдается повышенная истощаемость, раздражительность, нарушение аппетита, расстройства сна. Характерны также нарушения обмена веществ, органов пищеварения, иммунологической реактивности, поэтому дети с гипотрофией чаще других болеют различными соматическими и особенно инфекционными заболеваниями, у них часто наблюдаются стойкие проявления экссу-дативного диатеза. Кроме того, у многих из них имеет место дисфункция кишечника, часто с нарушениями кишечного всасывания — мальабсорбцией, поэтому они плохо усваивают многие пищевые продукты.

Профилактика гипотрофии осуществляется прежде всего путем организации правильного рационального питания с использованием продуктов, богатых белком, а также овощей и фруктов. Ребенок с гипотрофией должен быть обязательно проконсультирован педиатром и психоневрологом, так как проявления гипотрофии часто имеют место у детей с врожденными нарушениями обмена и различными заболеваниями центральной нервной системы.

Ребенок с гипотрофией нуждается в общеоздоровительных мероприятиях: длительном пребывании на свежем воздухе, массаже, закаливании, лечебной гимнастике.

Как уже отмечалось, одной из частых причин тяжелой и стойкой гипотрофии может быть **синдром нарушенного кишечного всасывания** — мальабсорбции.

Заболевание характеризуется тремя характерными признаками желудочно-кишечными расстройствами, включающими: частые срыгивания, рвоты; выраженные нарушения аппетита; частый пенистый или водянистый стул. Ребенок отличается общей вялостью или, напротив, чрезмерной возбудимостью. Обычно состояния вялости и возбудимости чередуются у одного и того же ребенка. Характерна нарастающая гипотрофия.

Синдром встречается при ряде наследственных и ненаследственных заболеваний, обусловленных недостаточностью отдельных кишечных ферментов. Он может наблюдаться и самостоятельно, например, при угнетении деятельности некоторых кишечных ферментов при длительном лечении ребенка отдельными видами антибиотиков и под влиянием других причин.

При данном синдроме наблюдаются характерные нервно-психические нарушения. Это прежде всего низкий мышечный тонус, двигательное беспокойство, усиление сухожильных рефлексов, нередко имеет место сходящееся косоглазие. Поведение ребенка характеризуется сменой состояний повышенной возбудимости и заторможенности. Ребенок, особенно в первые месяцы и годы жизни, отстает в психомоторном развитии. На последующих возрастных этапах проявляется выраженная недостаточность функции активного внимания, целенаправленной деятельности, возможности регуляции своего поведения и крайне низкая умственная работоспособность. Эти признаки обычно сочетаются с двигательной расторможенностью, эмоциональной возбудимостью и другими выраженными нарушениями поведения, У некоторых детей выявляется и более выраженная задержка психического развития.

Эта задержка имеет характерные особенности, которые у детей раннего возраста проявляются в замедленном формировании положительных эмоциональных реакций. Вместе с тем, из-

42

вестно, что эмоции способствуют развитию регуляции поведения и выступают средством общения. (Л.А.Венгер, В.С.Мухина, 1988). Это объясняет специфику поведения и общения у детей с нарушениями кишечного всасывания. У детей с задержкой развиваются адекватные формы общения, подражательная деятельность, что, в свою очередь, обуславливает частоту отставания в речевом развитии этих детей, а также задержку созревания интегративных функций. В раннем возрасте это зрительно-моторная координация, игровая деятельность. За счет соматической ослабленности характерно и отставание в развитии двигательных функций: ребенок позже начинает сидеть, ползать, ходить. Все нервно-психические нарушения при синдроме мальабсорбции проявляются неравномерно, они усиливаются при обострении заболевания.

Диагноз уточняется при специальном биохимическом исследовании углеводного и жирового обмена. Основным видом лечения является соблюдение по рекомендации врача специальной диеты.

Причиной физической ослабленности ребенка и, в связи с этим, отставанием в развитии могут быть такие болезненные проявления как анемия, рахит, пищевая аллергия, а также другие заболевания и пороки развития.

Анемия (малокровие) обычно возникает у детей раннего возраста в результате неправильного питания. Так, она нередко сочетается с мальабсорбцией, недоношенностью, а также возникает после перенесенных заболеваний. Существует также особая врожденная, наследственная форма анемии. Заболевание обычно выявляется в 3 месяца, хотя некоторые ее признаки имеют место еще с рождения. Так, сразу после рождения обращает на себя внимание бледность кожных покровов. Кроме того, наблюдается учащение пульса и увеличение размеров сердца. Для диагноза важное значение имеет анализ крови.

*Рахит* обычно развивается при недостатке витамина Д, что приводит к нарушениям фосфорно-кальциевого обмена. Развитию рахита способствуют нарушения питания ребенка — недостаток в рационе белка, витаминов группы В и С. Возникновению рахита способствуют нарушения режима, недостаточность пребывания ребенка на свежем воздухе и естественного ультрафиолетового облучения.

Существует наследственная форма рахита. В этих случаях заболевание обычно проявляется в возрасте до 3 лет. Прежде всего обращает на себя внимание ? иv.c-/тленный рост и отставание

43моторного развития. Эти признаки сочетаются с низким мышечным тонусом и общей слабостью. В отдельных случаях могут наблюдаться судороги и спонтанные переломы. При рентгеноскопическом обследовании выявляются типичные рахитоспо-собные изменения скелета. В крови, прежде всего, снижен уровень фосфора, наблюдаются нарушения фосфорно-кальциево-го обмена. Эта форма рахита требует специального лечения.

Для предупреждения рахита ведущее значение имеет соблюдение режима с максимальным использованием свежего воздуха, проведением закаливающих процедур (гимнастика, массаж, воздушные и солнечные ванны).

Пищевой рацион должен включать полноценные белки, жиры, которые являются основным источником витаминов А, Д, Е, фрукты, овощи. Полезно использовать овощные отвары, настой шиповника.

По назначению врача показано применение витамина Д, ультрафиолетовое облучение, общий массаж, воздушные ванны, а также хвойные и соленые ванны.

*Пищевая аллергия* чаще возникает в результате наследственной предрасположенности, нерационального питания матери во время беременности. Возникновению аллергии способствуют различные нарушения со стороны органов пищеварения: мальабсорбция, дисбактериоз и др.

Аллергия часто наблюдается у детей с врожденными нарушениями обмена.

У детей раннего возраста аллергия обычно проявляется в виде кожных и кишечных проявлений, а у детей более старшего возраста преимущественно в виде респираторного синдрома, астматического бронхита и бронхиальной астмы.

Лечение пищевой аллергии проводится строго индивидуально на основе использования специальной диеты и применения специальных лекарственных препаратов. Из пищевого рациона исключаются такие продукты как шоколад, кофе, мед, орехи и другие, которые у данного ребенка вызывают аллергию.

У детей с пищевой аллергией обычно нарушены процессы пищеварения, поэтому им часто назначают специальные ферментные препараты, такие как абомин, фестал, панкреатин и др. Так как при пищевой аллергии частыми являются различные нарушения со стороны микрофлоры кишечника, то в этих случаях

показано применение таких бактериальных препаратов как бификол, бифидумбактерин, лактобактерин и др. Эти препараты применяются обычно длительно: в течение 2—3 месяцев (в зависимости от течения болезни).

44

Для лечения кожных аллергических реакций используются различные мази.

Детям, страдающим аллергией, обычно противопоказано проведение профилактических прививок, а также применение некоторых лекарственных препаратов.

Если ребенок страдает аллергией, то необходимо выполнять следующие санитарно-гигиенические рекомендации: не допускать синтетических покрытий пола, применение синтетических тканей в одежде ребенка, не рекомендуется держать дома различных домашних животных и птиц.

У детей могут наблюдаться и другие более редкие, но тяжелые заболевания, обуславливающие особенности их развития и трудности обучения. Многие из этих заболеваний являются наследственными. К таким заболеваниям относится муковисцидоз. Это тяжелое, наследственное заболевание, часто приводящее к инвалидности. Во многих развитых странах мира созданы специальные ассоциации родителей, имеющих детей, больных муковисцидозом, широко проводятся благотворительные мероприятия в поддержку этих больных и их семей.

Название муковисцидоз связано с основным признаком заболевания — накоплением густой, вязкой слизи в различных органах, и прежде всего в легких, в желудочно-кишечном тракте и особенно в поджелудочной железе. При поражении бронхолегочной системы за счет нарушений дыхательной функции организм находится в состоянии хронического кислородного голодания, что отрицательно отражается на работе всех органов и прежде всего центральной нервной системы. У ребенка наблюдается хроническое астеническое состояние с низкой умственной работоспособностью, общей вялостью, нарушениями памяти, внимания, могут отмечаться отклонения в эмоциональной сфере. Такой ребенок при нормальном интеллекте испытывает трудности в обучении. Поэтому ему необходимы щадящие условия.

При другой форме муковисцидоза преобладает поражение желудочно-кишечного тракта с особой недостаточностью функции поджелудочной железы. Болезнь обычно проявляется с рождения или в первые месяцы жизни ребенка. Первым признаком часто является то, что ребенок, несмотря на хороший уход и правильное питание, плохо прибавляет в весе. Уже на первом ДУ жизни у него проявляется дистрофия, которая часто сочетается с упорным приступообразным кашлем, напоминающим оклюш. Кашель, как правило, сопровождается одышкой, по-

45 синением губ. При кашле выделяется густая, вязкая мокрота, прилипающая к стенкам бронхов, она нарушает их проводимость и утяжеляет кислородную недостаточность организма.

Дети, страдающие муковисцидозом, обычно имеют нормальный интеллект и способны к обучению по программе массовой школы, но для них необходимы особые, щадящие условия: обучение на дому, в мини-классе.

Характерные нервно-психические нарушения описаны у детей, страдающих ревматизмом<sup>1</sup>. Иногда эти нарушения наблюдаются еще до выраженного ревматического приступа. Ребенок становится более возбудимым и раздражительным, или, напротив, вялым и пассивным. Повышенная возбудимость и раздражительность сочетаются с синдромом раздражительной слабости. Часто дети жалуются на головные боли и головокружения, плохой сон, непереносимость громких звуков, яркого света. Характерно подавленное, пониженное настроение.

Постепенно развивается так называемая ревматическая це-ребрастения, для которой типична триада: двигательные, сенсорные и эмоциональные расстройства.

Двигательные расстройства проявляются в сочетании замедленности движений с появлением насильственных движений. Постепенно нарушается моделированность речи и усиливаются произвольные движения — гиперкинезы.

Сенсорные расстройства проявляются в виде нарушений оптических и пространственных восприятий. Ребенок часто отмечает изменения величины и формы привычных предметов, может появляться двоение предметов, перед глазами появляется сетка, туман, разноцветные шарики и т.п. Характерно сочетание пространственных нарушений с вестибулярными расстройствами и особенно с нарушениями восприятия собственного тела, ребенок как бы «не ощущает себя» или ощущает искаженно отдельные части тела.

Третьим характерным признаком являются эмоциональные расстройства, которые проявляются в виде пониженного фона настроения.

При более легких формах ревматизма, особенно на ранней стадии заболевания преобладает повышенная возбудимость, впе-

<sup>1</sup> Сухарева Т.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — 1955. - Т. 1. - С. 216-217.

46

чатливость, неспособность к длительному умственному напряжению.

С ревматизмом тесно связано особое заболевание — так называемая *малая хорея*, которая однако в ряде случаев может наблюдаться и после перенесенного вирусного гриппа. Заболевание характеризуется появлением характерных насильственных движений — хореических гиперкинезов.

Хореические движения отличаются большим разнообразием и характеризуются быстротой, стремительностью, быстрым переключением с одной группы мышц на другую. В тяжелых случаях резкие насильственные движения мешают ходьбе, стоянию, сидению, еде. Попытка всякого произвольного движения усиливает

хореические гиперкинезы. Ребенок становится раздражительным, плаксивым. Процесс выздоровления идет медленно. Длительное время после заболевания у ребенка остается неустойчивым настроение, отмечается низкая умственная работоспособность с выраженными нарушениями внимания, частыми являются жалобы на головную боль.

В дальнейшем у некоторых из этих детей появляются в поведении истерические особенности с инфантилизацией психики, т.е. возвращением на более раннюю стадию психического и особенно эмоционального развития.

Иногда остаточные эмоционально-поведенческие нарушения и низкая умственная работоспособность остаются стойкими. Эти дети нуждаются в особом подходе педагога и родителей при подготовке их к обучению.

Одним из общих механизмов, нарушающих психическое развитие детей при хронических соматических заболеваниях, перечисленных выше, а также при врожденных пороках сердца, костном туберкулезе и многих других, является неправильное воспитание по типу гиперопеки. В этих случаях наблюдается отставание прежде всего эмоционально-личностного развития: не развиваются в должной степени волевые компоненты личности, психическая активность, самостоятельность. Кроме того, у этих детей неравномерно формируется объем знаний и представлений об окружающей действительности. Все это может приводить к так называемой *соматогенной задержке психического развития*.

месте с тем, такая неравномерность развития может иметь место при неправильном воспитании физически здоровых детей. Это происходит в тех случаях, когда у ребенка преждевременно и чрезмерно стимулируется развитие интеллектуальных ин-

тересов в сочетании с изоляцией его от коллектива сверстников и с недостаточным воспитанием его самостоятельности, волевой активности, моторной ловкости, двигательных навыков и умений. Особенно неблагоприятные условия для развития создаются при сочетании соматической ослабленности с недостатками воспитания, как это имеет место у детей, родившихся в условиях семейного алкоголизма. В настоящее время доказано, что пьянство родителей, даже в самой «безобидной форме», оказывает отрицательное влияние на физическое и психическое развитие ребенка.

Для детей родителей-алкоголиков, в большинстве случаев характерна системность нарушений их психофизического развития.

Они отличаются соматической ослабленностью, отставанием в росте и весе, по сравнению с нормально развивающимися сверстниками.

Для большинства из них характерны нарушения сна: они с трудом засыпают, перед сном длительно раскачиваются, часто просыпаются, вскрикивают во сне; иногда извращается формула сна и появляется беспокойство в ночное время и сонливость днем.

Для большинства детей характерны нарушения аппетита в сочетании с частыми срыгиваниями, рвотами.

Дети, родившиеся в условиях семейного алкоголизма, отличаются повышенной подверженностью инфекционным и простудным заболеваниям, а также аллергическим реакциям.

Характерным признаком детей при семейном алкоголизме является слабое развитие у них произвольной регуляции поведения: они не могут самостоятельно организовать свою деятельность в соответствии с поставленной задачей.

При оценке влияния на психическое здоровье ребенка различных соматических заболеваний важно учитывать исходный уровень физического и нервно-психического развития и роль возрастного фактора.

Возрастные особенности организма определяют специфику реакций нервной системы на то или иное соматическое заболевание. Кроме судорожного синдрома, о котором было упомянуто выше, у детей первого года жизни отмечается частота соматических и вегетативных расстройств. Они проявляются прежде всего в виде дисфункции желудочно-кишечного тракта, расстройств аппетита, вплоть до полной анорексии, а также в расстройствах сна.

В возрасте от 1 до 3 лет наиболее часто имеют место проявления двигательной расторможенности, общей возбудимости с

48

тенденцией к повторению одних и тех же движений: ритмических раскачиваний, сосанию пальца и закреплению этих и других патологических привычек. Это закрепление происходит особенно быстро при педагогической запущенности и эмоциональной депривации, как это имеет место у детей-сирот.

Кроме того, часто наблюдается нарушение или утрата приобретенных ребенком различных психомоторных навыков. Может утрачиваться навык ходьбы, начальной речи, опрятности. Все эти нарушения могут возникать как последствия перенесенных ребенком инфекционных заболеваний и травм.

### 1. Нервно-мышечные заболевания

Большая часть детских нервно-мышечных заболеваний является наследственной. Это большая группа болезней, при которых имеет место поражение мышечной ткани, периферических нервов и нередко спинного мозга. Такие заболевания проявляются в виде мышечной слабости, повышенной мышечной утомляемости, низкого мышечного тонуса с последующим развитием мышечных атрофий.

Наиболее распространенными среди них являются прогрессирующие мышечные дистрофии. В раннем возрасте наиболее часто наблюдается форма Дюшена. Заболевание начинается рано (до 3 лет) и быстро прогрессирует. Отмечается нарастающая мышечная слабость, снижается мышечный тонус, исчезают сухожильные рефлексы. Атрофии мышц приводят к образованию контрактур. Ребенок начинает отставать в умственном развитии.

*Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффманна* — тяжелое наследственное заболевание прогрессирующего характера. Начинается на первом году жизни, иногда обнаруживается уже при рождении. Однако чаще всего начинает проявляться с 5—8 месяцев жизни, когда ребенок начинает отставать в развитии и утрачивает ранее приобретенные навыки. В этих случаях нередко ошибочно ставится диагноз рахита. Диагноз уточняется с помощью электромиографического обследования.

*Врожденная миатония Оппенгейма* обнаруживается при рождении — отмечается низкий мышечный тонус, преимущественно в ногах, характерна общая мышечная слабость. По всем остальным показателям малыш может выглядеть совершенно нормальным.

*Врожденные миопатии* — группа наследственных заболеваний мышечной ткани. Эти заболевания проявляются низким

49 мышечным тонусом, слабостью мышечной мускулатуры, снижением сухожильных рефлексов. У детей с врожденными мио-патиями часто наблюдаются дыхательные нарушения, приводящие к частым пневмониям. Моторное развитие задержано.

Течение врожденных миопатий различное: в одних случаях это течение стационарное, в других — прогрессирующее.

*Миастения* — группа заболеваний, характеризующихся преходящей мышечной слабостью. Заболевание может проявляться уже в период новорожденное™. Клинические симптомы разнообразны: характерна общая мышечная гипотония, тихий болезненный крик, нарушения дыхания, угнетение безусловных рефлексов, выражены нарушения сосания, глотания.

Клинические проявления заболевания по тяжести проявлений широко варьируют — от легких обратимых форм до тяжелых параличей. Заболевание является наследственным, матери больных детей страдают этим же заболеванием, хотя оно может протекать у них бессимптомно и диагностироваться только электромиографически.

Характерным признаком миастении является улучшение двигательных функций после сна.

Диагноз подтверждается электромиографическим исследованием, а также пробой с прозеринем. Через 10—15 мин после введения раствора прозерина миастенические проявления уменьшаются или временно исчезают совсем.

**Лечение детей с нервно-мышечными** заболеваниями проводится дифференцированно, в зависимости от диагноза, возраста и клинических проявлений. Во всех случаях необходима специальная диета, богатая солями калия; для улучшения обмена веществ в мышечной ткани применяют витамин Е, калий ортат, анаболические гормоны, АТФ, а также витамины группы В.

Нервно-мышечные заболевания у детей раннего возраста следует дифференцировать с рахитом. При рахите также наблюдается мышечная гипотония и повышенная мышечная утомляемость. Для профилактики рахита важно соблюдать режим и обеспечить правильный уход за ребенком.

## **2. Нервно-психические нарушения в связи с черепно-мозговой травмой**

У детей в дошкольном и дошкольном возрасте черепно-мозговые травмы встречаются достаточно часто, преобладают закрытые травмы черепа, которые подразделяются на сотрясе-

50 мозга и контузию (ушибы). Нередко наблюдаются и их сочетания.

Нервно-психические нарушения в связи с черепно-мозговой травмой подразделяются на острые и отдаленные. В остром периоде при сотрясениях головного мозга характерны расстройства сознания. В некоторых случаях после тяжелых травм могут наблюдаться травматические психозы, для которых характерна смена двух состояний: заторможенности и адинамии с последующим возбуждением, двигательной расторможенностью.

В острой стадии, кроме потери сознания, наблюдаются и другие общемозговые симптомы в виде головной боли, головокружения, рвоты. В более тяжелых случаях могут наблюдаться судорожные припадки.

После острой стадии, а также и в более отдаленном периоде возникает так называемая *посттравматическая церебрастения*, для которой характерна повышенная психическая истощаемость ребенка, головокружения, головные боли, которые наиболее часто возникают в душном помещении, усиливаются при быстрых движениях ребенка, шуме, нагибании головы. Обычно головные боли сопровождаются головокружениями, а также вегетососудистыми расстройствами (повышенная потливость, учащение и неравномерность пульса).

После черепно-мозговой травмы ребенок становится более раздражительным, капризным, повышено утомляемым, нередко у него снижается память.

После черепно-мозговых травм, в том числе и легких, у некоторых детей отмечается склонность к истерическим реакциям, появляется повышенная пугливость, иногда развивается так называемый *травматический невроз*.

Отдаленные последствия зависят как от тяжести травматического повреждения ЦНС, так и от состояния центральной нервной системы ребенка на момент воздействия травматического фактора. При наличии

органического поражения ЦНС, особенно при гидроцефалии, даже небольшое травматическое повреждение может вызвать более стойкие отдаленные последствия. К таким более тяжелым отдаленным последствиям относятся травматическая энцефалопатия с выраженными психопатоподобными нарушениями поведения. Кроме того, к тяжелым отдаленным последствиям травмы черепа относятся эпилептические припадки, а также локальные нарушения речи и других высших психических функций.

51 Ребенок, перенесший черепно-мозговую травму, должен находиться под наблюдением детского психоневролога; он также нуждается в щадящем режиме, ему противопоказано умственное и физическое перенапряжение, а также пребывание на солнце, в душном и жарком помещении.

При проведении лечебно-педагогической работы следует учитывать низкую и неравномерную умственную работоспособность этих детей, частые нарушения у них памяти, функции активного внимания, возможность головной боли. Поэтому все занятия должны проводиться в хорошо проветренном помещении, длительность каждого занятия должна быть подобрана индивидуально для каждого ребенка.

У детей преддошкольного и дошкольного возраста, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму возможна временная утрата некоторых уже сформированных навыков и прежде всего речи. В этих случаях могут возникать афазико-алалические состояния, при которых распад некоторых уже сформированных речевых функций сочетается с задержкой созревания корковых речевых зон, что и определяет наличие алалического симптомокомплекса.

У детей младшего возраста, перенесших черепно-мозговую травму, нередко достаточно длительное время могут проявляться различные неврозоподобные расстройства в виде страхов, заикания, энуреза.

Характерна также частота судорожного синдрома.

## Глава 5. Ранняя диагностика отклонений в развитии 1. Общие теоретические положения

Диагностика отклонений в развитии основывается на знании общих и специфических закономерностей психического развития нормально развивающегося ребенка и детей с различными отклонениями в развитии.

Диагностика носит комплексный характер, т.е. при ее проведении учитываются данные клинической медицины (педиатрии, детской психоневрологии), а также медицинской генетики, которые обязательно сопоставляются с показателями нейрофизиологических, биохимических и других методов параклинического обследования и данными, полученными при психологическом, педагогическом и логопедическом обследовании.

52

Современный уровень развития медицинской генетики, детской психоневрологии и психологии позволяет не только диагностировать различные формы отклонений в развитии (задержка психического развития, общее недоразвитие речи, аномалии развития при различных наследственных заболеваниях нервной системы, детском церебральном параличе и др.) и оценивать степень сформированности высших психических функций, но и выявлять клинические и психологические механизмы нарушений.

Клиническая диагностика играет ведущую роль в решении вопросов лечения, прогноза, медико-генетического консультирования семьи.

На основе анализа специфики аномального развития патогенетических механизмов нарушения, учета локализации и распространенности поражения центральной нервной системы педагог и психолог могут ориентироваться в структуре дефекта.

Данные научных исследований в области медицинской генетики, нейрофизиологии, а также клинической медицины показали необходимость пересмотра представлений о причинах и механизмах возникновения многих форм задержек развития, умственной отсталости, речевых, двигательных и сложных дефектов, а также раннего детского аутизма.

Важной задачей диагностики является установление структуры ведущего нарушения развития, вторично связанных с ним отклонений в развитии с учетом локализации и механизмов нарушений центральной нервной системы.

Теория функциональных систем, разработанная представителями отечественной нейрофизиологической школы, составляет в настоящее время основу изучения мозговой организации высших психических функций. Согласно этой теории показано, что отдельные элементы нервной системы в процессе развития мозга объединяются, прежде всего, в зависимости от их участия в осуществлении той или иной функции (П.К. Анохин, 1975). Поскольку в функциональные системы объединяются эволюционно разные структуры, то и отдельные элементы в пределах одних и тех же уровней регуляции созревают неравномерно. Этим определяется неравномерность (гетерохрония) созревания отдельных функциональных систем и мозга в целом. При раннем органическом повреждении ЦНС эта неравномерность созревания отдельных психических функций, особенно в критические периоды развития ребенка, выражена в еще большей степени.

53 Творческое развитие эволюционного учения имело важное значение для обоснования эволюционно-онтогенетического подхода к диагностике нервно-психических заболеваний и отклонений в развитии у детей (Г.Е. Сухарева, 1955, 1959; Г.К. Ушаков, 1966; В.А. Гиляровский, 1973; В.В. Ковалев, 1973; Л.О. Бадалян, 1983, 1985).

Основоположник отечественной детской психиатрии Г.Е. Сухарева (1955) отмечала важность нозологического принципа в дифференциальной диагностике нервно-психических заболеваний у детей.

Все эти данные способствовали разработке современной концепции *психического дизонтогенеза*, т.е. нарушений психического развития у детей, возникающих в результате расстройств созревания структур и функций головного мозга (В.В.Ковалев, 1973, 1976, 1981, 1983, 1985). У детей с отклонениями в развитии имеют место проявления общей или частичной, стойкой или обратимой ретардации (отставания) созревания отдельных функциональных систем, и часто, наиболее поздно формирующихся в постнатальный период развития лобных мозговых структур, а также недостаточность общей интегративной деятельности мозга. Особое место в изучении мозговой организации высших психических функций имеют исследования А.Р.Лурия (1946—1947, 1950, 1969, 1970, 1973).

А.Р.Лурия с помощью нейропсихологического анализа нарушений интеллектуальной деятельности у больных с локальными поражениями мозга показал роль различных корковых структур в психической деятельности человека. В его исследованиях выявлены отчетливые нейропсихологические различия при поражении задних («гностических») и передних (лобных) отделов мозговой коры. Поражение задних отделов коры головного мозга не приводило, как правило, к нарушениям целенаправленной деятельности и поведения. Значительные трудности возникали в синтезе последовательно поступающей информации в общие (симультантные) схемы, в удержании поступающей информации в памяти и использовании для переработки этой информации специальных речевых средств.

При поражении же лобных отделов мозга отмечались выраженные изменения всего строения психической деятельности. Прежде всего нарушалось программирование и регулирование интеллектуальной деятельности.

В исследованиях Л.С.Выготского впервые была раскрыта регулирующая роль речи, с помощью которой развивается воз-54

ложность сличать результаты действия с исходными намерениями.

Важное значение для *нейропсихологического* анализа отклонений в развитии имеют данные А.Р.Лурия о трех основных функциональных блоках мозга, участвующих в осуществлении всех видов психической деятельности:

первый блок обеспечивает регуляцию психической активности;

второй — прием, переработку и хранение поступающей информации;

третий — обеспечивает функцию программирования, регуляции и контроля психической деятельности.

При поражениях функционирования первого блока изменяется мотивация к деятельности, выявляются выраженные нарушения внимания в сочетании с выраженной психической истощаемостью.

При нарушениях функционирования второго блока изменяется прием, переработка и хранение поступающей информации, что проявляется в различных гностических расстройствах и отклонениях памяти.

Нарушения, возникающие при поражении третьего блока, касаются прежде всего операций программирования и произвольной регуляции деятельности.

Большое значение для понимания различных отклонений в развитии у детей имеют исследования, посвященные сравнительному анализу результатов нейропсихологического исследования при поражении головного мозга у детей и взрослых (Э.Г.Симерницкая, 1985).

Современные нейропсихологические исследования детей разного возраста подтверждают теоретические концепции Л.С.Выготского и А.Р.Лурия об изменении в онтогенезе как структуры психических функций, так и их мозговой организации.

Большое значение в организации психических процессов мозга в настоящее время отводится фактору функциональной асимметрии мозга.

Таким образом, все представленные выше подходы составили основу для современного изучения проблемы *психического дизонтогенеза*.

Основными клиническими формами психического дизонто-генеза являются ретардация, т.е. отставание в развитии, которое может быть общим, т.е. затрагивать все стороны психики, или парциальным (частичным), когда задержано формиро-

55ние, преимущественно, тех или иных психических функций, ц *асинхрония* развития, т.е. диспропорциональное психическое развитие.

Первый вариант психического дизонтогенеза характерен для детей с психическим недоразвитием (олигофрения) и для детей с ЗПР, включая проявления общего и парциального психического инфантилизма (Г.Е.Сухарева, В.В.Ковалев).

Второй вариант психического дизонтогенеза характерен для детей с преобладающими эмоционально-поведенческими и личностными расстройствами. Особенно он характерен для детей с РДА, с невропатией и формирующимися психопатиями. Кроме того, он может наблюдаться при ранней детской шизофрении, эпилепсии и некоторых дементирующих заболеваниях раннего возраста. Например, при вялотекущем шизофреническом процессе, начавшемся в раннем детском возрасте, на начальных этапах заболевания может обращать на себя внимание преждевременное развитие некоторых интеллектуальных интересов. Такой ребенок может рано научиться читать, считать, грамотно работать с компьютером и т.п. Но все эти навыки развиваются лишь в том случае, если они находятся в сфере его избирательных интересов. Они всегда сочетаются с выраженным отставанием в развитии моторики, эмоционально-волевой незрелостью, выраженной практической неприспособленностью. Выраженные нарушения социальной адаптации этих детей могут, в свою



очередь, способствовать развитию так называемых *псевдокомпенсаторных образований* защитно-оборонительного характера. Это прежде всего боязнь всего нового, чрезмерная привязанность к матери, односторонние интересы, навязчивые привычки и т.п. (В.В.Ковалев, 1975).

Наряду с клиническими, выделяют психологические параметры психического дизонтогенеза. Так, В.В.Лебединский (1985) выделяет следующие проявления и механизмы дизонтогенеза. Первый вариант связан с функциональными нарушениями регуляторных механизмов подкорковых и корковых систем. Нарушения проявляются, в основном, в функционально-динамических расстройствах мозговой деятельности в виде нарушений умственной работоспособности, функции активного внимания, регуляции произвольной деятельности. • Второй вариант связан с неравномерным повреждением различных функциональных систем в зависимости от этапа их созревания. Известно, что наиболее интенсивно развивающаяся функция является и более уязвимой. Поэтому при

56

раннем повреждении ЦНС, в первую очередь, повреждаются наиболее интенсивно формирующиеся на этом этапе функции. Это прежде всего относится к функции речи.

Кроме того, многие функциональные системы оказываются наиболее уязвимыми в критические периоды развития, так как именно на этих этапах гетерохрония развития выражена в наибольшей степени. Эти данные показывают важность составления так называемого *профиля развития*.

При третьем варианте, наряду с выраженностью первичного дефекта, значительную роль в школьной и социальной адаптации играют вторичные нарушения депривационного генеза. Например, у ребенка с церебральным параличом в результате длительной изоляции от коллектива сверстников может сформироваться вторичная аутизация личности, которая, в свою очередь, может стать решающим фактором в социальной дезадаптации.

Вторичные нарушения депривационного генеза особенно выражены у детей сирот, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа.

Кроме представленных вариантов, определенная роль в механизме психического дизонтогенеза может принадлежать асинхронному развитию межфункциональных взаимодействий.

Важное значение имеет выявление общих и специфических особенностей различных форм психического дизонтогенеза. Общие закономерности психического дизонтогенеза были обоснованы В.И.Лубовским. Они включают:

нарушения приема и переработки поступающей информации; нарушения хранения и использования информации; нарушения словесной регуляции деятельности. В зависимости от характера аномального развития, проявления этих общих закономерностей имеют свою специфику.

Таким образом, диагностика отклонений развития основывается на сравнительном анализе общих и специфических закономерностей психического развития как нормально развивающегося ребенка, так и ребенка с отклонениями в развитии.

Диагностика отклонений в развитии всегда носит комплексный характер, т.е. при ее проведении учитываются данные клинической медицины (детской психоневрологии, медицинской генетики, педиатрии, эндокринологии и других дисциплин), а также специальной педагогики и психологии.

Современный уровень развития медицинской генетики, клинической медицины, нейрофизиологии, медицинской психологии позволяет не только диагностировать различные формы отклонений в развитии (умственная отсталость, задержка психического развития, общее недоразвитие речи, ранний детский аутизм, аномалии психического развития у детей с сенсорными и двигательными нарушениями), но и выявить клинические и психологические механизмы нарушений.

Клиническая диагностика играет ведущую роль в решении вопросов лечения, прогноза, медико-генетического консультирования семьи.

Комплексное клинико-психолого-педагогическое обследование ребенка основывается на следующих основных принципах:

принципе развития, т.е. анализа механизмов возникновения тех или иных отклонений в психическом развитии в возрастном аспекте;

принципе системного изучения нарушений психического развития с определением иерархии в структуре дефекта;

качественного анализа структуры дефекта;

этио-патогенетическом подходе с учетом взаимосвязи генетических и внешне-средовых факторов.

Процесс диагностики включает, прежде всего, выяснение жалоб и анализ анамнестических данных, при этом особое внимание обращается на особенности развития ребенка. Анализируются особенности развития моторики и навыков самообслуживания, общения и развития речи, интересов и познавательных способностей, игровой деятельности, поведения.

Мы уже отмечали роль игры в психическом развитии ребенка. У детей с отклонениями в развитии, прежде всего, обращают на себя внимание специфические изменения игровой деятельности. Они проявляются в двух типах нарушений: либо игра отсутствует вовсе или не соответствует возрастному уровню ребенка. В некоторых случаях, как, например, у детей с аутизмом игра может приобретать своеобразный характер. Ребенок играет

один, однообразно манипулируя отдельными предметами, не обращая внимания на обычные игрушки. Обращает на себя внимание стереотипность игровых действий.

При оценке игры ребенка важно обратить внимание на ее характер. У детей с нарушениями умственного развития игры носят случайный, беспорядочный характер и чаще сводятся к простым манипуляциям с предметами. Таким образом, на основе анамнеза создается предварительное представление об игровой деятельности ребенка. В беседе с родителями важно также выяснить интересы ребенка, особенности его общения с детьми и взрослыми.<sup>58</sup>

2. Основные методы клинико-психолого-педагогической диагностики отклонений психического развития у детей

### 2.1. Медицинская диагностика

Медицинская диагностика отклонений развития у детей раннего и дошкольного возраста включает общий осмотр, анализ анамнестических данных, оценку соматического, неврологического и психического состояния. Клинический диагностический процесс разделяется на несколько этапов. На первом этапе выявляются основные неврологические и психопатологические синдромы, устанавливается взаимосвязь между ними и предположительная локализация патологического состояния ЦНС. На втором этапе ставится задача определения характера аномального развития и его сущности. На этом этапе особенно важное значение имеет выявление генетических синдромов и различных заболеваний ЦНС, обуславливающих отклонения в развитии. На третьем этапе ставится задача этио-патогенетической диагностики и оценки прогноза.

Важное значение для клинической диагностики имеет нейрофизиологический, биохимический, генетический и другие методы обследования.

Таким образом, клинический метод исследования предполагает комплексный подход, включающий оценку этиологии, патогенеза, структуры ведущего дефекта и осложняющих его нарушений, анализ взаимосвязи психопатологических и неврологических нарушений. Такой подход в сочетании с качественной оценкой психолого-педагогических данных определяет возможность постановки клинического диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Дифференциальная диагностика позволяет установить окончательный, т.е. клинический диагноз.

Клиническая диагностика основывается на знании основных закономерностей возрастного развития нервно-психических функций.

Важное значение в клинической диагностике имеет фенотипический анализ, т.е. оценка комплекса внешних признаков ребенка. Особенности фенотипа определяются в значительной степени генотипом, т.е. комплексом генов. Поэтому многие отклонения в развитии, связанные с наследственными заболеваниями диагностируются по внешнему облику ребенка, затем

<sup>59</sup>диагноз подтверждается при генетическом исследовании. Например, так диагностируется болезнь Дауна.

Генетическое обследование составляет важный раздел медицинской диагностики, поскольку число наследственно обусловленных форм аномального развития достаточно велико. Так, по данным М.Г.Блюминой (1985), число наследственных форм умственной отсталости составляет около 75%. Велика роль наследственных факторов в этиологии раннего детского аутизма, нарушениях слуха и зрения и сложного дефекта.

Для клинической диагностики важное значение имеет установление *нозологического диагноза*, т.е. выявление определенного неврологического или психического заболевания, обуславливающего отклонения в развитии. Это могут быть наследственно обусловленные заболевания обмена, например, фенилкетонурия, хромосомные болезни, детские церебральные параличи, гидроцефалия, микроцефалия, эпилепсия, шизофрения, различные синдромальные формы умственной отсталости и сложного дефекта, а также различные менее изученные заболевания, такие как синдром Ретта, синдром Леша-Нихана, гарогоилизм, синдром ломкой X-хромосомы и многие другие.

Важным методом клинической диагностики является *психопатологическое исследование*. Оно включает клиническую беседу, наблюдение за поведением ребенка и специально проводимое обследование. При оценке психопатологической симптоматики обязательно учитываются данные неврологического обследования и соматическое состояние ребенка. При оценке психопатологической симптоматики всегда ставится задача выявления патогенетической зависимости между отдельными клиническими симптомами и синдромами. Диагностическая значимость каждого синдрома оценивается в зависимости от его структуры и сочетаний с другими психопатологическими и неврологическими синдромами. В настоящее время доказано, что все эти формы отклонений в развитии имеют различные причины, но многие из них могут быть связаны с генетическими заболеваниями. Диагностика конкретного нервно-психического заболевания, обуславливающего отклонения в развитии, открывает новые возможности для более эффективного лечения, психолого-педагогической коррекции, прогноза, а также для предупреждения повторных случаев подобного заболевания в семье. Важное значение для диагностики и прогноза имеет выявление связи между двумя видами расстройств: дизонтогенетическими, т.е. признаками нарушенного развития и энцефалопатическими, связанными с повреждением различных мозговых структур. Например, перед нами ребенок 5 лет с отставанием в развитии речи и моторики. При обследовании логопед выявляет у него общее недоразвитие речи того или иного уровня, педагог отмечает отставание в речевом, психическом и моторном развитии. Все

признаки, выявленные этими специалистами относятся к дизонтогенетическим, связанным с нарушением развития тех или иных функций. Детский психоневролог при обследовании такого ребенка, наряду с отставанием в развитии, выявляет у него признаки повышенного внутричерепного давления, нерезко выраженные проявления детского церебрального паралича, судорожную готовность, двигательную расторможенность и т.п. Эти признаки относятся к энцефалопатическим, связанным с повреждением, в том числе и «минимальным» тех или иных мозговых структур. Коррекционная работа будет наиболее успешной, если она будет сочетаться со специальным лечением.

Как видно из представленного примера, наличие энцефалопатических расстройств всегда утяжеляет динамику психомоторного развития.

Важное значение в диагностике отклонений в развитии, особенно у детей старшего дошкольного возраста имеет нейропси-хологическое обследование, которое направлено на оценку состояния высших психических функций.

#### *Диагностика некоторых синдромальных форм психического дизонтогенеза*

Существует много наследственно обусловленных форм отклонений в развитии, которые сочетаются с нарушениями роста и телосложения<sup>1</sup>.

Удлиненные конечности и усиленный рост при наличии выраженного отставания в умственном развитии характерны для синдрома церебрального гигантизма — синдрома Сотоса. Это Редкое заболевание неизвестной этиологии. Синдром впервые описан в 1964 году. Характерными его признаками считаются Макроцефалия (увелечение размеров головы), лицевые и черепные аномалии, нарушения интеллекта и речи. При внешнем осмотре обращает на себя внимание удлиненное лицо, крупные

Более подробно см: *Мастюкова Е.М.* Ребенок с отклонениями в развитии — М.: «Просвещение», 1992.

61и удлиненные ушные раковины, большой выпуклый лоб, крупные стопы и кисти рук. Среди дополнительных признаков отмечаются дефекты зрения.

Увеличение массы тела и подкожного жирового слоя, отмечаемое с рождения, характерно для синдрома Беквита-Видемана. Дети с этим синдромом рождаются с массой тела, превышающей 4 кг, и длиной более 52 см. Могут иметь место как умеренная микроцефалия, так и гидроцефалия. Обращает на себя внимание выступающий затылок, большой лоб. Типичным признаком считается наличие вертикальных бороздок на мочках ушных раковин. Характерно увеличение ряда внутренних органов: печени, почек, поджелудочной железы, реже — сердца. Многие дети в первые годы жизни отстают в речевом и психическом развитии. Хотя интеллект при этом синдроме в большинстве случаев сохранен.

Увеличение массы тела характерно также для особой формы умственной отсталости, обусловленной ломкой X-хромосомой. Кроме большой массы тела уже в период новорожденное™ обращают на себя внимание внешние особенности ребенка. Это — пухлое лицо с узкими глазными щелями и отеками век, отмечается некоторое сходство с «китайчатами». Через несколько месяцев из-за плохого роста волос на голове и своеобразных по форме крупных ушей («уши летучей мыши») голова малыша, по характеристике родителей, приобретает некоторое сходство с «заячьей».

К году брови становятся более широкими, глазные щели приобретают лунную форму. Все большее внимание начинает обращать на себя непропорционально большая голова этих детей. В отличие от детей с гидроцефалией, имеет место равномерное увеличение как мозговой, так и лицевой части черепа. По выражению родителей, наблюдается «взрослая голова» у маленького ребенка.

К 2—3 годам лицо ребенка меняется: оно становится продолговатым (вначале увеличивается лоб, затем средняя часть лица и челюсти, а также ушные раковины).

К этому же возрасту все более отчетливо проявляется общая моторная неловкость, «неуклюжесть» ребенка, обусловленная недостаточной координацией движений.

Более отчетливо проявляются специфические особенности поведения: манерность, вычурность, избирательность общения, -что часто требует проведения дифференциальной диагностики с ранним детским аутизмом (РДА).62

Затем постепенно увеличиваются кисти и стопы, а также коленные, локтевые и другие суставы. При этом особенно крупными выглядят колени.

Для большинства детей мужского пола характерно постепенное увеличение яичек, в ряде случаев и пениса.

Обращают на себя внимание светлые радужки, светлые волосы, широкая форма носа; бледность кожи с повышенной ее эластичностью и чрезмерной разгибаемостью суставов. Нередко наблюдаются и дефекты скелета в виде сколиоза.

Все представленные признаки сочетаются с отставанием речевого и психического развития и своеобразными нарушениями поведения.

Отставание в росте и массе тела при наличии нарушений психомоторного развития типично для многих наследственных заболеваний обмена.

Раннее выявление метаболических дефектов при массовом скрининге способствует ранней диагностике, а в ряде случаев и предупреждению тяжелых форм умственной отсталости.

Метаболические дефекты являются частой причиной тяжелых отклонений в развитии. Они встречаются с разной частотой. Наиболее распространенной из них является фенилкетонурия (ФКУ), частота которой составляет 1:10 000 новорожденных.

В настоящее время разработаны методы пренатальной диагностики многих врожденных форм нарушений обмена.

Начальные признаки наследственных метаболических дефектов обычно проявляются в течение первого года жизни. Прежде всего начинают выявляться нарушения со стороны ЦНС. Время появления первых клинических признаков, степень их выраженности и темп прогрессирования нервно-психических расстройств при врожденных нарушениях обмена очень вариабельны даже при одном и том же заболевании и зависят как от характера метаболического дефекта, так и от остаточной активности дефектных ферментов.

Существует несколько клинических вариантов течения наследственно обусловленных нарушений обмена веществ.

Первый вариант характеризуется ранним проявлением неврологических расстройств и острым течением.

При этом варианте рано (с рождения или в первые дни и недели жизни) выявляются общемозговые нарушения, которые могут проявляться в виде нарушений сознания, общего беспокойства ребенка, резкого пронзительного крика, нарушениях сна, судорогах. В особо тяжелых случаях наблюдаются также нарушения дыхания и глотания. Такой ребенок нуждается в срочных реанимационных мероприятиях и обязательном стационарном лечении.

При втором варианте клиническая симптоматика также выражена с рождения, но течение ее более медленное. В первые месяцы жизни часто обращает на себя внимание повышенная возбудимость ребенка, нарушение сна, беспричинный крик, реже наблюдается вялость, общая заторможенность.

Оставание в психомоторном развитии наиболее отчетливо начинает проявляться со второго полугодия жизни.

Такое течение характерно для фенилкетонурии, гистидинемии, гиперкальциемии (синдрома «лица эльфа», или синдрома Вильямса), а также для синдрома Лоуренса-Муна-Барде-Бидля и некоторых других наследственных заболеваний.

При третьем варианте клиническая симптоматика проявляется через несколько месяцев после рождения, иногда к концу первого-второго года жизни с регрессом отдельных уже сформированных нервнопсихических функций. Примером такого заболевания является синдром Ретта.

Рассмотрим принципы ранней диагностики нервно-психических заболеваний и отклонений в развитии при втором варианте проявления клинической симптоматики.

Известно, что многие формы отклонений в развитии могут быть связаны с наследственно обусловленными дефектами обмена. Наиболее распространенным таким заболеванием является *фенилкетонурия* (ФКУ).

ФКУ наблюдается примерно у 1% умственно отсталых детей.

Уровень развития интеллекта при ФКУ колеблется от нормы до глубокой идиотии. Прогрессирующее течение заболевания особенно выражено в первые 2—3 года жизни.

Признаки заболевания проявляются на первом году жизни. У одних детей в незначительной степени выраженности они проявляются уже в период новорожденности, у других — на первом году жизни. В этих случаях у ребенка постепенно пропадает интерес к окружающему, задерживается психомоторное развитие. Ребенок становится беспокойным либо вялым и безразличным к окружающему. Наиболее характерна смена периодов возбуждения и общей заторможенности. Нередко первые признаки заболевания совпадают с введением прикорма или каким-либо простудным заболеванием. Постепенно ребенок все больше и больше начинает отставать в физическом и психическом развитии, формируются признаки умеренной микроцефалии.

64

Известно, что дети с ФКУ — это блондины со светлой кожей голубыми глазами. Для многих, из них характерны проявления экссудативного диатеза, дерматиты, экзема, которые также наиболее резко начинают проявляться с введением прикорма. Кроме того, часто наблюдается повышенная потливость с характерным неприятным запахом.

При неврологическом обследовании выявляются нарушения мышечного тонуса, дрожание пальцев рук, иногда насильственные движения.

Отставание в психомоторном развитии выявляется на первом году жизни. Задержано формирование всех двигательных навыков: ребенок начинает поздно сидеть, стоять, ходить.

Прогностически неблагоприятными признаками являются микроцефалия и судорожные припадки, которые обычно появляются во втором полугодии жизни.

Во всех случаях нарушено формирование речи. При тяжелых формах заболевания у детей не формируются навыки самообслуживания и опрятности. Кроме того, наряду с интеллектуальной недостаточностью, выявляются и разнообразные нарушения эмоциональной сферы и поведения. Многие дети не стремятся к общению, эмоции их бедные и неадекватные, у некоторых из них наблюдаются немотивированные страхи. По особенностям нарушений эмоциональной сферы больные с ФКУ могут напоминать детей с аутизмом.

Нарушения поведения у детей с ФКУ проявляются в виде общей расторможенности, аффективной возбудимости, часто с приступами гнева и ярости.

Диагноз заболевания ставится на основе исследования содержания фенилаланина в плазме крови и определения избыточного выделения с мочой кетокислот.

Основу лечения составляет специальная диета с ограничением белков, с добавлением углеводов, минеральных солей и витаминов. Широко применяются специальные белковые гидролизаты. Из рациона питания исключаются все продукты с большим содержанием белка: мясо, яйца, сыр, творог, орехи и др. В строго ограниченном количестве даются молоко и картофель. В питание Ребенка включаются такие продукты, как морковь, капуста, по-мидоры, салат, яблоки, апельсины, мед, варенье. В ходе лечения Постоянно проводится биохимическое исследование.

Если в семьях, кроме детей с ФКУ, имеются и здоровые, то Рекомендуются, чтобы они с раннего возраста находились под

наблюдением педиатра и детского невропатолога или психиатра.

**65 Гистидинемия.** В основе заболевания лежит врожденное отсутствие или резкая недостаточность фермента гистидазы, что приводит к повышению содержания в крови гистидина, а последний оказывает токсическое воздействие на ЦНС,

При полном отсутствии фермента заболевание проявляется в первые месяцы жизни и быстро прогрессирует, часто приводя к смертельному исходу.

При малой активности фермента заболевание развивается постепенно и проявляется в виде отставания в умственном и речевом развитии; кроме того, у этих детей часто наблюдаются нарушения слуха. У многих детей отмечаются эмоционально-поведенческие расстройства в виде повышенной возбудимости, агрессивности, страхов.

Внешний облик детей несколько напоминает больных с ФКУ: дети также светловолосые и голубоглазые.

Диагноз подтверждается биохимическими исследованиями. Основу лечения составляет диетическое питание. Все продукты животного происхождения включаются в рацион питания очень осторожно, с учетом содержания гистидина в крови.

*Синдром «лицо эльфа».* Заболевание проявляется прежде всего в характерном внешнем облике ребенка, особенно обращает на себя внимание своеобразие его лица: щеки опущены вниз, маленький подбородок, большой рот, полные губы, особенно нижняя, своеобразный разрез глаз, со сходящимся косоглазием и припухшими веками. Характерны синеватые склеры и ярко-голубые радужки со своеобразной «звездчатостью».

Отмечаются также своеобразные особенности в строении тела: отставание в росте и массе тела, сочетается с удлинённой шеей, узкой грудной клеткой. Характерна также повышенная разгибаемость суставов.

Умственная отсталость сочетается с пороками сердца и сосудов. Диагностика основывается на характерных внешних особенностях ребенка.

Причина заболевания неясна. Высказывается гипотеза о мо-ногенно обусловленном поражении с доминантным типом наследования. Вместе с тем, во многих случаях заболевание проявляется как вновь возникшая мутация. Высказывается мнение о специфической наследственной предрасположенности при взаимодействии с неблагоприятными внешнесредовыми факторами. Одним из которых может быть повышение концентрации витамина Д в крови беременной женщины.

66

В раннем возрасте при повышении уровня кальция в крови ограничивают потребление кальция и витамина Д. Однако нормализация уровня кальция в крови, к сожалению, не предотвращает нарушения умственного развития.

При обследовании ребенка следует обратить внимание на наличие ожирения. Существует много форм различных нервно-психических заболеваний, сочетающихся с ожирением. Одним из них является *синдром Лоуренса — Муна-Барде-Бидля*. Впервые заболевание описано в 1866 г. Для него характерны следующие пять признаков: ожирение, гипогенитализм (недоразвитие половой системы), умственная отсталость, пигментная дегенерация сетчатки и полидактилия (увеличение количества пальцев на кистях и (или) стопах). Сочетание этих признаков встречается не так часто, обычно имеют место неполные проявления синдрома. Заболевание одинаково часто встречается у лиц мужского и женского пола. При данном заболевании наблюдаются разнообразные нарушения обмена: жирового, белкового, минерального.

Характерен внешний вид больных: прежде всего, это ожирение с обильным отложением жира на лице (лицо приобретает вид «полной луны»), на груди, на животе, ягодицах и бедрах. Обычно ребенок рождается с большим весом и быстро начинает полнеть.

Ожирение сочетается с заболеванием глаз (дегенерацией пигментного слоя сетчатки). Заболевание глаз начинается в младшем школьном возрасте и медленно прогрессирует до полной слепоты.

Обязательным признаком заболевания является полидактилия (наличие дополнительного пальца), которая обычно сочетается с полным или частичным сращением соседних пальцев кисти или стопы — с синдактилией. У детей имеет место интеллектуальная недостаточность, которая медленно прогрессирует.

В первые годы жизни отставание в психическом развитии проявляется нерезко, а обращает на себя внимание прежде всего недоразвитие речи. При этом заболевании может также наблюдаться нистагм, различные отклонения в строении скелета, а также нарушения слуха и двигательные расстройства.

Характерным обязательным признаком является проявление гипогенитализма: половые органы и вторичные половые признаки развиваются со значительным отставанием. У мальчиков половой член уменьшен в размерах, яички часто не спущены в мошонку. У девочек в ряде случаев отмечается первичная аменорея (отсутствие менструации).

В структуре интеллектуального дефекта при этом заболевании отмечаются проявления психоэндокринного синдрома: слабость побуждений, расстройства настроения, нарушения влечений.

В первые годы жизни отставание умственного развития может проявляться нерезко, но заметна значительная задержка в развитии речи.

В неврологическом статусе постоянными признаками являются горизонтальный нистагм, общая мышечная гипотония, вегето-сосудистая дистония.

Характерна общая дисплазия строения, различные аномалии строения скелета.

К непостоянным проявлениям относятся следующие: нарушения слуха различной степени, вплоть до полной глухоты; брахи- и микроцефалия; кифоз, сколиоз, кифосколиоз; спастические параличи нижних конечностей.

В ряде случаев наблюдаются нарушения со стороны почек. Встречаются также аномалии сердечно-сосудистой системы: незаращение межпредсердной перегородки, артериального протока.

Синдром трудно диагностировать в связи с его полиморфизмом и отсутствием специфической клинической картины при рождении.

Истинная причина заболевания выяснена недостаточно. В большинстве работ данный синдром рассматривается в структуре наследственных болезней жирового обмена. Отметим, что для данного синдрома характерны нарушения не только жирового, но и белкового, минерального обменов.

Сочетание ожирения с выраженным остыванием в росте, недоразвитием половых органов имеет место у детей с синдромом *Прадера-Вилли*. Заболевание проявляется уже у новорожденного в виде резко выраженного снижения мышечного тонуса. Ребенок при пеленании «лежит пластом», не сосет. В первые месяцы жизни таких детей кормят через зонд или с помощью пипетки. Характерно отставание в развитии статистических и локомоторных функций. Ходить эти дети начинают лишь на третьем-четвертом году жизни.

Для этого заболевания типично множество диспластических признаков: это своеобразно вытянутая форма черепа, низко расположенные и деформированные ушные раковины, сходящееся косоглазие и др. Часто наблюдается частичная синдактилия (сращение пальцев) на стопе. Характерны проявления гипогенитализма: крипторхизм у мальчиков, недоразвитие больших и малых половых губ у девочек.<sup>68</sup>

В раннем возрасте эти дети проявляют достаточную эмоциональность и жизнерадостность. Однако очень рано выявляется умственная отсталость различной степени выраженности, которая часто сочетается с психопатоподобным поведением. Характерны также эмоционально-личностные нарушения в виде недифференцированного и добродушного отношения к окружающим, а также повышенная внушаемость и пассивная подчиняемость.

Существует множество и других наследственно обусловленных отклонений в развитии, проявляющихся прежде всего в характерном внешнем облике ребенка.

К ним прежде всего относится *синдром Дауна*. Заболевание описано в 1866 году. В 1959 Лежен обнаружил в кариотипе этих детей трисомию по 21 хромосоме. Позже генетики при синдроме Дауна выявляли и другие хромосомные изменения. Они названы «транслокацией» и «мозаичностью». Транслокационные формы болезни Дауна отмечаются в 3,2% случаев. При этом варианте общее число хромосом в кариотипе 46, дополнительная 21-я хромосома перемещена на какую-либо другую аутосому. При этом варианте синдрома Дауна один из внешне здоровых родителей может быть носителем сбалансированной транслокации.

Транслокационный вариант синдрома Дауна в половине случаев имеет наследственный характер и в половине возникает приобретенным путем. При этом варианте возникновение заболевания не зависит от возраста матери. Мозаичные варианты синдрома Дауна составляют около 2% от всех случаев заболевания. При них в организме одновременно обнаруживаются трисомные и нормальные клетки. Часто при мозаичных формах интеллект страдает в меньшей степени. Однако риск повторного рождения больного ребенка при мозаичном варианте такой же, как и при трисомии.

Частота синдрома Дауна составляет 1:700 новорожденных. Основные признаки заболевания обнаруживаются сразу же после рождения. Характерны уменьшенные размеры головы, уплощенный и скошенный затылок, узкие глазные щели, нависающее как бы третье веко, плоское лицо с выступающими скуловыми Дугами. Ушные раковины малы и асимметричны, мочки часто деформированы и приращены, высокое небо, полуоткрытый рот, большой язык, губы толстые в трещинах, волосы на голове скудные и сухие.

Характерны выраженные диспластические изменения скелета, аномалии в строении грудной клетки, конечностей, паль-

<sup>69</sup>цы рук укорочены, мизинец искривлен. Нередко можно отметить увеличение промежутка между первым и вторым пальцами стоп, синдактилию 3 и 4 пальцев. Недоразвитие связочного аппарата приводит к чрезмерной подвижности в суставах. На ладони нередко наблюдается полная поперечная складка.

Все эти проявления общей дисплазии сочетаются с недоразвитием и пороками формирования ряда систем. Наиболее часто наблюдаются врожденные пороки сердца; различные зрительные нарушения (врожденная

катаракта, микрофтальм, близорукость, астигматизм). Характерна высокая частота кондуктивных нарушений слуха.

Во многих случаях отмечаются эндокринные нарушения: ожирение, снижение основного обмена, что многими авторами связывается с понижением функции щитовидной железы. Характерно также недоразвитие половых желез и вторичных половых признаков.

Все двигательные навыки при синдроме Дауна развиваются с выраженной задержкой, что в значительной степени обусловлено мышечной гипотонией и отставанием в развитии постуральных реакций.

Нарушения интеллекта варьируют от самых тяжелых степеней умственной отсталости до умеренных и более легких. Во всех случаях характерно сочетание недостаточности логического мышления с выраженной его тугоподвижностью.

Интеллектуальные и двигательные нарушения при синдроме Дауна во всех случаях сочетаются с нарушениями речи.

Диагностика синдрома Дауна не вызывает особых трудностей. Основной проблемой в настоящее время является коренное изменение общественного мнения и мнения специалистов относительно возможности развития и обучения этих детей и интеграции в среду здоровых сверстников. Важное значение имеет разработка и реализация специальных программ по их творческому развитию.

В настоящее время в России создана Ассоциация Даун синдром, которая в содружестве с ассоциациями других стран разрабатывает программы воспитания, развития и обучения этих детей. Мы верим, что потенциальные возможности развития этих детей могут быть раскрыты в значительно большей степени, чем это осуществлялось до последнего времени.

Важное место в системе медицинской диагностики отклонений развития отводится **обследованию ЦНС.**

Такое обследование предусматривает оценку состояния органов зрения и слуха, вестибулярного аппарата. При анализе

70

двигательно-рефлекторной сферы особое внимание обращается на функцию языко-глоточного, блуждающего и подъязычного нервов, иннервирующих мускулатуру мягкого неба, гортани, глотки, языка. Поражение этих нервов, их ядер или направляющих к ним проводящих путей ведет к нарушениям звукопроизношения, сочетающихся с расстройствами голоса и интонации (дизартрией). При дизартрии страдает звукопроизношение в сочетании с нарушениями артикуляции, дыхания и голосообразования.

Бульбарная дизартрия возникает при поражении самих нервов или ядерных образований. У детей затруднено глотание, снижен глоточный рефлекс, часто атрофированы мышцы языка.

Псевдобульбарная дизартрия имеет место при двустороннем поражении кортико-нуклеарных путей. Нарушения звукопроизношения при этой дизартрии сочетаются с повышением тонуса мышц языка, гиперсаливацией, усилением глоточного рефлекса.

При обследовании двигательной сферы ребенка раннего возраста особое внимание обращается на состояние безусловных рефлексов и рефлексов позы. Отмечается состояние мышечного тонуса и координации движений.

Важное значение имеет выявление так называемых произвольных движений — гиперкинезов.

При оценке неврологической симптоматики важно отметить является ли она диффузной или локальной, имеет ли место преобладание правосторонней или левосторонней симптоматики. Особенно важно отметить неврологические признаки корковой локализации поражения: дифференцированный характер парезов, нарушения динамического и кинестетического праксиса, наличие двигательных и речедвигательных персерваций.

*Ранняя диагностика детского церебрального паралича* Что такое детский церебральный паралич

Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствия контроля со стороны нервной системы за произвольными движениями.

При ДЦП имеет место раннее, обычно внутриутробное повреждение или недоразвитие мозга. Причины этих нарушений могут быть разными: это различные хронические заболевания

будущей матери, а также перенесенные ею инфекционные, особенно вирусные заболевания, интоксикации, несовместимость матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности и др. Предрасполагающими факторами могут быть недоношенность или переношенность плода.

В некоторых случаях причиной ДЦП может быть акушерский травматизм, а также затяжные роды с обвитием пуповины вокруг шейки плода, что приводит к повреждению нервных клеток, головного мозга ребенка в связи с недостатком кислорода. Иногда ДЦП возникает после рождения в результате инфекционных болезней, осложняющихся энцефалитом (воспалением мозгового вещества), после тяжелых ушибов головы.

ДЦП, как правило, не является наследственным заболеванием. При дифференциальном диагнозе ДЦП с различными двигательными расстройствами прежде всего следует учитывать данные анамнеза. В анамнезе детей, страдающих церебральным параличом, часто имеются указания на патологическое протекание беременности у матери и родовую травму с применением акушерских методов родовспоможения. Ребенок обычно рождается в асфиксии, часто с признаками внутричерепной травмы: оценка по шкале Апгар низкая — 2—6 баллов, при оптимальной 9—10 баллов.

В период новорожденное™ у детей с ДЦП часто отмечается общее беспокойство, тремор (дрожание ручек, подбородка), повышение, или, напротив, резкое снижение мышечного тонуса, иногда отмечаются увеличение размеров головы, повышение сухожильных рефлексов, отсутствие или слабость крика, нарушения сосания за счет слабости сосательного рефлекса, нередко имеют место судороги.

Уже в первые месяцы жизни проявляется отставание психомоторного развития, которое сочетается с запаздыванием в угасании безусловных рефлекторных двигательных автоматизмов, среди которых наибольшее значение имеют так называемые *позотонические рефлексы*. При нормальном развитии к 3 месяцам жизни эти рефлексы уже не проявляются, что создает благоприятные условия для развития произвольных движений. Сохранение даже отдельных элементов этих рефлексов после 3—4 месяцев жизни является симптомом риска или признаком поражения ЦНС.

Среди рефлексов, неблагоприятно влияющих на развитие моторики, наибольшее значение имеют следующие. Лабиринтный тонический рефлекс, который проявляется при изменении положения головы ребенка в пространстве. Так, в

72

положении на спине при выраженности этого рефлекса нарастает тонус мышц-разгибателей. Это определяет характерную позу

ребенка на спине: голова запрокинута назад, бедра приведены, повернуты — внутрь, при тяжелых формах ДЦП — перекрещены; руки разогнуты в локтевых суставах, ладони повернуты вниз, пальцы сжаты в кулаки.

При выраженности лабиринтного тонического рефлекса в положении на спине ребенок не поднимает голову или делает это с большим трудом. Он не может вытянуть руки вперед и взять предмет, подтянуться и сесть, поднести руку или ложку ко рту. Это препятствует развитию навыков сидения, стояния, ходьбы, самообслуживания, произвольного захвата предмета под контролем зрения.

В положении ребенка на животе влияние этого рефлекса проявляется в повышении тонуса мышц-сгибателей, что определяет характерную позу: голова и спина сгибаются, плечи вытягиваются вперед и вниз, руки согнуты под грудной клеткой, кисти сжаты в кулаки, бедра и голени приведены и согнуты, тазовый отдел туловища приподнят. Такая вынужденная поза тормозит развитие произвольных движений: лежа на животе, ребенок не может поднять голову, повернуть ее в сторону, вытянуть руки для опоры, встать на колени, принять вертикальное положение, повернуться с живота на спину.

Отставание моторного развития и нарушения произвольных движений составляют структуру ведущего дефекта и связаны с поражением двигательных зон и приводящих путей головного мозга.

В зависимости от тяжести поражения может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. При этом страдают, в первую очередь, наиболее тонкие дифференцированные движения — поворот ладоней и предплечий вверх (супинация), дифференцированные движения пальцев рук. Ограничение произвольных движений при ДЦП всегда сочетается со снижением мышечной силы.

Ограниченность или невозможность произвольных движений задерживает развитие статических и локомоторных функций.

У детей с церебральным параличом нарушена возрастная последовательность формирования двигательных навыков. Моторное развитие у детей с церебральным параличом не просто задержано в темпе, а качественно нарушено на каждом возрастном этапе.

Имеется несколько форм детского церебрального паралича в зависимости от повреждения определенных систем мозга.

### 732.2. Психопатологическое исследование

Психопатологическое исследование направлено на выявление ведущего психопатологического синдрома, вторичных и осложняющих нарушений, составляющих в своей совокупности качественную структуру аномального развития.

Важное значение имеет диагностика резидуально-органических нервно-психических расстройств, а также дифференциальная диагностика различных вариантов психического дизонтогенеза, включая различные формы задержек психического развития, нозологически специфические формы умственной отсталости, сенсорные, двигательные и сложные дефекты.

Кроме того, особое внимание обращается на диагностику неврологических и психических заболеваний, которые на начальных своих этапах могут проявляться в виде различных форм психического дизонтогенеза.

В процессе диагностики постоянно прослеживается взаимосвязь интеллектуально-познавательных и эмоционально-личностных нарушений. Особо важное внимание уделяется диагностике психогенно обусловленных поведенческих и личностных нарушений, а также невротическим и неврозоподобным реакциям. Психопатологическая диагностика проводится с учетом качественной структуры ведущего дефекта, возрастного фактора, данных неврологического и параклинического обследования.

Таким образом, клиническая диагностика позволяет не только дифференцировать детей с различными формами психического дизонтогенеза, но и с привлечением этиопатогенетических и параклинических данных определять причину, механизм, распространенность и локализацию поражения или дисфункции мозга и, таким образом, научно обосновывать индивидуальные программы лечебно-педагогической коррекции, школьный и социальный прогноз.



При психопатологическом обследовании важное значение имеет учет возрастных закономерностей нервно-психических отклонений у детей раннего и дошкольного возраста.

Возрастной фактор рассматривается как важный компонент патогенеза (В.В.Ковалев, 1979, Г.Е.Сухарева, 1955), который определяет специфику многих психопатологических отклонений.

Начальные проявления многих психических заболеваний у детей раннего возраста могут проявляться в своеобразиях их игровой деятельности, патологическом фантазировании, нару-

74

шениях речи и коммуникативного поведения, страхах, двигательной расторможенности, повышенной эмоциональной возбудимости и агрессивности.

### *2.3. Психолого-педагогическая диагностика*

Методология психолого-педагогического обследования основывается на целостности и конкретности педагогической диагностики. На первом этапе оценивается имеющийся уровень психического развития, на последующем — определяется зона ближайшего развития.

Во всех случаях педагогу и психологу важно оценить обучаемость ребенка, т.е. возможность усвоения знаний и способов действий.

Методика обследования включает наблюдение за игрой и поведением ребенка, оценку коммуникативного поведения, контактности ребенка, адекватность его реакций на одобрение и неудачи в работе и замечания педагога.

Важное значение имеют методы диагностики развития в обучении (А.К.Маркова, А.Г.Лидерс, Е. Л. Яковлева, 1992).

Для оценки уровня умственного развития, наряду с качественным психолого-педагогическим анализом, используются различные адаптированные традиционные психометрические тесты.

Особенно большое значение придается индивидуальному диагностическому эксперименту, который представляет собой реализацию экспериментально-генетического метода Л.С.Выготского, а также методу «педагогической оценки».

### *2.4. Основные методы педагогической диагностики*

Изучение анамнеза, наблюдение.

Педагогической диагностике предшествует знакомство педагога с данными анамнеза относительно развития ребенка, Начиная с первых месяцев жизни. Известно, что различные неблагоприятные воздействия как во внутриутробном периоде развития, так и во время родов (родовая травма, асфиксия), а также в первые годы жизни ребенка могут приводить к отставанию в психическом развитии.

При оценке анамнеза важно обратить внимание на наследственную патологию в семье, отметить возможность неблагоприятного воздействия на развитие ребенка различных вредных факторов в период внутриутробного развития или после рождения. Следует внимательно ознакомиться с данными медицинского обследования.

75 После этого, используя метод свободного наблюдения, предложить ребенку различный игровой материал. Наблюдая свободную игру и деятельность ребенка, можно выявить специфику особенности, отличающие его игру от игры здоровых сверстников. Важно обратить внимание на особенности поведения ребенка, развитие его моторики и речи, отметив устойчивость походки, специфику манипулятивной деятельности рук, наличие насильственных движений, оценив ведущую руку.

Особое внимание следует обратить на особенности эмоционально-волевой сферы, поведение, контактность. При этом отмечают как быстро ребенок устанавливает контакт со взрослым, смотрит ли он ему в лицо, насколько адекватны его мимика, жесты, поведение.

Уже в процессе диагностического педагогического наблюдения можно выявить детей с нарушениями общения — ранним детским аутизмом, детей с церебральным параличом или гиперактивным поведением.

Обращается также внимание на повышенную истощаемость и пресыщаемость ребенка в процессе спонтанной игровой деятельности, оцениваются реакции на одобрение и замечание. Кроме того, очень важно, чтобы педагог научился профессионально оценивать общий облик ребенка, выявляя микро- или макроцефалию, наличие ожирения и т.п.

### *Метод «педагогической оценки» в диагностике отклонений в развитии*

Важной задачей системы диагностического обследования детей с отклонениями в развитии является оценка качественных особенностей структуры ведущего дефекта и осложняющих его нарушений. Для решения этой задачи, помимо комплексного клинико-психолого-педагогического обследования, большое значение имеет метод «педагогического анализа» или «структурного исследования», при котором ведущее значение придается качественному анализу самого процесса выполнения задания и выяснению причин, определяющих трудность его выполнения. Только при таком подходе появляется реальная возможность прогнозирования уровня потенциальных возможностей психического развития ребенка, т.е. выявление «зоны ближайшего развития» по Л.С.Выготскому. Метод «педагогического анализа» в диагностике аномального развития ребенка был разработан в исследованиях Э.Хейссерман (1964). Для эффективного

76

использования данного метода важное значение имеет правильный подбор специального экспериментального материала, предъявление его в определенных стандартных условиях, а также подбор специальных экспериментальных ситуаций. Таким путем возможна оценка качественных особенностей деятельности ре-

бенка, выявление не только уровня его интеллектуального развития и осложняющих это развитие нарушений, но и особенностей эмоциональных реакций и поведения.

Данный метод исследования позволяет составить представление об уровне развития отдельных функций, структуре ведущих и осложняющих дефектов, а также о компенсаторных возможностях развития.

Использование разнообразных способов предъявления заданий основывается на учете интеллектуальных, сенсорных, двигательных, речевых, поведенческих и эмоциональных особенностей в их взаимосвязи, т.е. на целостном интегративном подходе. Во всех случаях важно учитывать особенности умственной работоспособности ребенка и предупреждать возможность его утомления.

Подбор специальных экспериментальных ситуаций с созданием облегчающих выполнение заданий условий с помощью регуляции деятельности ребенка, повышения уровня его мотивации позволяет оценить зону ближайшего развития тех или иных функций и общий потенциал психического и личностного развития.

При использовании данного метода возможна не только ранняя диагностика аномального развития при сложных дефектах, но и выявление индивидуально-типических его особенностей при различных формах психического дизонтогенеза, что имеет важное значение для дифференциации приемов психолого-педагогической коррекции и лечения, а также прогноза развития и разработки индивидуальных стандартов обучения.

Метод педагогической оценки уровня психического развития в ряде случаев является единственно педагогически надежным при обследовании и диагностике наиболее сложного контингента детей с множественными отклонениями в развитии, тяжелыми нарушениями речи, детским церебральным параличом, ранним детским аутизмом, бисенсорными и другими Дефектами, а также при обследовании детей с выраженными проявлениями эмоциональной депривации и педагогической запущенности.

При диагностике развития в процессе специальных экспериментально-педагогических занятий ребенок может полностью

77 не владеть устной речью, или не вступать в речевой контакт за счет негативизма; в силу двигательных расстройств он может не иметь никакой возможности для манипулирования с предметами; при наличии гидроцефального синдрома у него может наблюдаться крайне низкая умственная работоспособность, он может иметь трудности контакта за счет выраженности эмоционально-поведенческих расстройств различного генеза.

Только в процессе подобных занятий становится возможным уточнение диагноза, дифференциация резидуальных состояний и текущих нервно-психических заболеваний, определение наиболее эффективных методов медицинской коррекции, выявление потенциальных резервов развития, определения готовности и целесообразности поступления в различные дошкольные и школьные учреждения.

Подобный метод является особенно эффективным, если он сочетается с динамическим медицинским наблюдением ребенка в процессе занятий и лечения.

Метод педагогической оценки имеет важное значение для разработки приемов и методов обучения и коррекции нарушенных функций у различных категорий аномальных детей, а также рекомендаций для родителей.

Для педагогов и воспитателей дошкольных учреждений этот метод дает возможность осуществления обоснованного индивидуального подхода к каждому ребенку, что подводит к интеграции детей с особыми проблемами развития в среду здоровых сверстников. Кроме того, этот метод способствует предупреждению формирования вторичных неадекватных путей компенсации тех или иных отклонений в развитии.

#### *2.4.1. Конституирующий эксперимент*

Констатирующий эксперимент после наблюдения является вторым важным этапом психолого-педагогической диагностики.

С помощью специально подобранных методик, с учетом возраста и предварительных данных, полученных в процессе наблюдения за ребенком при медицинском его обследовании, педагог и психолог проводят специальное обследование. В этом обследовании специалист, в отличие от первого этапа обследования, занимает активную позицию и создает специальные условия для наилучшего обследования и оценки состояния тех или иных психических функций. Чаще всего — это специальная игровая ситуация.

78

Обследование проводится по четко разработанному плану и включает оценку восприятия, памяти, функции активного внимания, всех видов гнозиса, пространственных представлений, произвольной регуляции деятельности, всех видов мышления: наглядно-образного, действенного, словесно-логического, речевых функций, а также эмоционально-поведенческой и личностной сферы.

Специально подбираются задания на обследование интеллекта с дифференциацией их на вербальные и невербальные методики. Первые обязательно предполагают речевую активность ребенка. Вторые включают речевую диагностику только в плане понимания инструкций, выполнение же самих заданий основывается на невербальных — перцептивных и моторных способностях.

При оценке уровня сформированности познавательной деятельности выявляется объем знаний и представлений об окружающем с учетом возраста и условий воспитания и окружения ребенка.

При этом, обязательно отмечается уровень понимания обращенной речи. Обследуются функции внимания, памяти, а также возможность ребенка действовать по подражанию и по образцу. У детей преддошкольного возраста обследуется уровень развития соотносящих действий, т.е. возможность совмещать предмет с

отверстием, выделять большой и маленький, один и много. Даются задания с пирамидками и коробочками разной величины и формы (ребенку предлагают закрывать коробочки разные по форме и величине).

В процессе специальных игровых заданий обследуется уровень развития зрительного восприятия, прежде всего зрительного вычленения формы и умения соотносить ее с формой других предметов.

Оценивается умение соотносить плоскостную и объемную формы в практических действиях с предметами. С этой целью предлагаются различные задания по типу доски Сегена, т.е. доски с прорезями для выкладывания форм, одинаковых по цвету, но разных по конфигурации. С этой же целью предлагается задание «почтовый ящик» — пластмассовая или деревянная коробочка с пятью прорезями разной формы и десять объемных геометрических фигур, соответствующих прорезям коробочки. Педагог знакомит ребенка с игрой. В зависимости от возраста и умственно-го развития, характер объяснения задания различный.

Обследуется возможность различения ребенком величины: *большой-маленький*. Затем ребенку предлагаются матрешки, круг-

79лые формочки-вкладыши для построения башен. С этой же целью используются всевозможные пирамидки.

Обследуется возможность различения цветов и группировка одинаковых по форме, но разных по цвету предметов, а также зрительное соотнесение цветов.

Особенно важное значение придается оценке сформированности функции начального обобщения: обследуется возможность группировки предметов по цвету, форме, величине. С помощью специальных игр оценивается уровень сформированности наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.

#### *2.4.2. Обучающий эксперимент*

Наряду с констатирующим экспериментом, для диагностики умственного развития обязательно используется *обучающий эксперимент*, который обычно неразрывно связан с констатирующим. При выполнении тех или иных заданий педагог оказывает ребенку определенную помощь и отмечает, принимает ли он эту помощь и переносит ли он усвоенный способ действия в новые задания. Так, ребенок с ЗПР и умственно отсталый дошкольник в констатирующем эксперименте могут показать сходные трудности при выполнении тех или иных заданий, однако в обучающем эксперименте они проявят существенные качественные различия, которые имеют важное значение для дифференциальной диагностики. Ребенок с ЗПР принимает оказываемую ему помощь педагога и переносит ее в выполнение новых заданий. Умственно отсталый ребенок к этому, как правило, не способен. Таким образом, в обучающем эксперименте проверяется предварительное предположение о специфике интеллектуальной недостаточности у ребенка. Обучающий эксперимент проводится в процессе специально организованного педагогического воздействия. Помощь, оказываемая ребенку, строго регламентируется. При оценке показателей обязательно учитывается объем и качество помощи, необходимых для правильного выполнения заданий, а также возможность переноса сформированного навыка в новые условия.

Важное значение имеет дифференциация видов помощи, оказываемой ребенку. Так, эта помощь может иметь лишь стимулирующий характер, либо требуется дополнительное объяснение, введение наглядности, непосредственное участие педагогов в выполнении задания. Например, педагог в присутствии ребенка складывает разрезанную картинку, составляет рассказ

по серии сюжетных картинок, классифицирует предметы и т.п. Важно, чтобы проведение каждого обучающего эксперимента было тщательно разработано. Полученные таким путем данные имеют важное значение для предварительного прогноза обучаемости ребенка.

#### *2.5. Нейропсихологическое и логопедическое обследование*

При *нейропсихологическом обследовании* дошкольника особенно важное значение имеет определение его потенциальных возможностей с помощью диагностико-обучающего подхода. Обследование всегда проводится в виде игры. Оно включает следующие основные задания:

зрительное узнавание предметов и их изображений, в том числе и недорисованных, заштрихованных; выделение фигуры из фона и т.п.;

слуховое узнавание (слуховой гнозис): узнавание слов, сходных по звучанию, различение ритмических последовательностей;

складывание фигур из палочек;

выполнение заданий с кубиками Кооса;

воспроизведение графического образца;

оценка уровня развития речи;

оценка возможности рассказа по картинке и серии сюжетных картинок;

оценка кинестетического, моторного и речевого праксиса: воспроизведение позы пальцев и артикуляционного уклада;

оценка памяти (заучивание слов);

оценка готовности к письму, чтению, счетным операциям.

*Логопедическое обследование* включает оценку сформированности связной речи, ее коммуникативной функции, возможности изменения формы существительных мужского и женского рода в пределах всех падежей единственного и множественного числа; возможности изменения глаголов по числам и лицам; оценку звукопроизношения и фонематического анализа. Важное значение имеет оценка различных форм монологической речи (пересказ, рассказ по картинке, серии картин, рассказ — описание).

Особенно важное значение имеет оценка развития мышления. В настоящее время для психологической диагностики уровня умственного развития детей старшего дошкольного возраста применяются различные методики, позволяющие отграничить

нормально развивающихся детей от сверстников с нарушениями умственного развития.

## 2.6. Диагностика развития мышления

В настоящее время установлено, что у всех детей с особыми проблемами развития имеют место выраженные в разной степени отклонения в развитии мышления. Механизмы этих отклонений различны: в одних случаях они связаны с недоразвитием наиболее поздно формирующихся мозговых структур, в других — со специфическими нарушениями умственной деятельности, что обуславливает трудности в приеме и передаче информации. Последний фактор, согласно данным В.И.Лубовского, является общей закономерностью аномального развития. Кроме того, отставание в развитии словесных форм мышления характерно для детей с тяжелыми системными нарушениями речи.

Известно также, что отставание в развитии наглядно-действенного мышления у детей с церебральным параличом может задерживать формирование мыслительных операций в целом и прежде всего словесно-логического мышления.

В практике диагностики все задания на обследование мышления условно разделены на две группы: первая группа методик направлена на оценку состояния наглядных форм мышления (наглядно-действенного и наглядно-образного);

вторая группа методик направлена на обследование вербальных (словесных) форм мышления.

Известно, что мыслительная деятельность представляет собой целостный процесс, включающий операции анализа, синтеза, сравнения, обобщения, классификации и систематизации. При психологической оценке мышления важно оценить степень сформированности всех этих операций.

Принципиальным положением методологии и диагностики нарушений мышления является определение не только актуального уровня его развития, но и потенциальные возможности, т.е. «зону ближайшего развития» (по Л.С.Выготскому). С этой целью специально оценивается восприимчивость ребенка к различным видам помощи. Подобный подход в коррекционной педагогике разработан многими ведущими специалистами (М.С.Певзнер, Т.В.Розановой, Т.В.Егоровой и др.). При этом важное значение для диагностики имеет не только степень, но и характер помощи педагога ребенку.

82

Методики для оценки разных форм мышления должны быть тщательно подобраны с учетом возраста и включать задания с различными степенями сложности. Обследование начинается с предъявления методик, направленных на диагностику наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, т.е. на первом этапе диагностики оценивается сформированность мышления на практическом уровне. С этой целью ребенку предлагаются задания разбора и складывания пирамидки, задания с досками Сегена, «почтовый ящик», простые варианты «Кубиков Косса», постройки из палочек по образцу и др.

Следующая серия заданий направлена на оценку вербально-логических форм мышления. Эти методики включают задания на определение понятий, сличение и различение понятий, вербальные аналогии и классификацию предметов. Кроме того, предлагаются задания на исключение предметов, оценку понимания сюжетных картин, понимание рассказа со скрытым смыслом, басни.

Все эти задания подбираются в зависимости от возраста и предполагаемого умственного развития ребенка.

Одной из основных методик психологического обследования является классификация предметов. С помощью этой методики обследуется сформированность процессов обобщения и абстрагирования. Кроме того, она дает возможность судить об особенностях памяти, внимания, умственной работоспособности, критичности и других личностных реакциях.

При проведении обследования ребенку предъявляется набор картинок с изображениями различных предметов, предполагающих категориальную классификацию (Одежда. Мебель. Посуда. Игрушки. Животные и т.п.). Дается инструкция типа: *Посмотри внимательно на картинки и разложи их так, что к чему подходит.*

На первом этапе диагностики ребенок работает самостоятельно, а педагог или психолог внимательно наблюдает за его действиями. После того, как ребенок выложил около 20 карточек, приступают ко второму этапу обследования.

На втором этапе диагностики проводится предварительная оценка результатов первого этапа, ребенку задаются вопросы, почему он положил эти картинки вместе, выясняется, как бы он мог назвать каждую из выделенных групп.

На третьем этапе предлагается укрупнить выделенные группы на основе одного общего существенного признака. Задание предлагается детям от 5 до 7 лет. Третий этап задания — с 7 лет.

83 Следующим, наиболее часто предлагаемым, заданием является *исключение предметов*. Целью этого задания также является оценка уровня сформированности обобщения.

При проведении обследования ребенку предлагается набор карточек, на которых изображено по четыре предмета. Три из них относятся к одной категории, четвертый, при внешнем сходстве с остальными, не входит в эту категорию. При этом место в наборе «лишней картинки» меняется. Серии наборов составлены на обобщение по цвету, форме, величине и категориальной характеристике.

Ребенку предлагается следующая инструкция: *Посмотри внимательно на карточку. На ней нарисовано четыре предмета, три из них похожи, их можно назвать одним словом, а четвертый к ним не подходит. Покажи этот неподходящий предмет и скажи, почему он не подходит, как можно назвать эти три похожих предмета.*

В зависимости от успешности выполнения и возраста ребенка задание усложняется.

Задание предлагается детям, начиная с возраста 5 лет, в возрастающей сложности. Дети 5 лет обобщают сходные предметы на функциональном уровне и выделяют «лишний предмет». С 6 лет в обоснование выделения «лишнего предмета» вводится все больше отвлеченных категорий.

Важное место в диагностике словесно-логического мышления имеет *методика объяснения содержания сюжетных картин*. Она применяется, начиная с возраста 5 лет. Ребенку предлагаются сюжетные картинки различной степени сложности: простые, с наглядным изображением всех событий; усложненные, со скрытым смыслом; нелепицы. Ребенку предлагается рассказать о том, что он видит на картинке, и затем придумать по картинке рассказ.

Следующим заданием является *установление последовательности событий* с помощью серии сюжетных картинок. Серии включают от 3 до 6 картинок, различной степени сложности: с явным смыслом, со скрытым смыслом и с незавершенным концом действия. Ребенку дается следующая инструкция: *Погляди внимательно на картинки. На них представлено одно и то же событие. Определи, с чего все началось, что было потом и чем все закончилось.* Задание предъявляется детям, начиная с 5 летнего возраста с сохранной речевой функцией. Ребенок 5 лет с сохранным интеллектом справляется с заданием, в которое входит серия из 3—4 картинок.

84

Детям с 5 лет и старше с сохранной речью предлагается также пересказ прочитанного рассказа со скрытым смыслом с оценкой его понимания.

Важное значение для оценки состояния интеллекта имеет исследование *счета и счетных операций*. Эти задания направлены на определение степени знания и воспроизведения числового ряда, сформированности умения пересчета предметов в зависимости от их количества и способа предъявления, оценки возможностей воспроизведения на конкретном материале операций больше, меньше, одинаково.

У детей старшего дошкольного возраста важное значение имеет определение осознанности воспроизведения числового ряда. Ребенка просят посчитать до 10 и более, продолжить числовой ряд с определенной точки отсчета.

Предлагаются также задания на пересчет предметов: *Считай, сколько здесь палочек, кубиков и т.п.*

Оценивается, как ребенок осознает возможность пересчета совокупности разнородных предметов.

Перед поступлением в школу исследуется восприятие цифровых обозначений и их вербализация. Однако, возможность выполнения или невыполнения этого задания не имеет важного диагностического значения, так как она формируется в процессе обучения.

Гораздо большее значение имеет оценка возможности сравнивать группы предметов и без пересчета определять, где предметов больше, где меньше, выполнять задания по инструкции: *Положи столько же предметов, сколько у меня.* Важно, чтобы ребенок мог выделять без пересчета группы предметов, выполняя задания типа: *Дай три, пять и более предметов.*

Важное значение для определения сформированности понятия о числе имеют задания, направленные на сравнение количества предметов в двух коробках. На первом этапе выполнения задания ребенок показывает, где предметов больше, где меньше. На втором этапе ему дается инструкция уравнивать число предметов в коробках.

При выполнении следующего задания перед ребенком выкладывается определенное число тех или иных предметов (счетных палочек или других). На первом этапе выполнения задания ребенок должен без пересчета назвать число палочек, лежащих на столе. Затем экспериментатор просит ребенка закрыть глаза и в этот момент он либо добавляет, либо убирает несколько палочек. Ребенок должен ответить, что изменилось, что сделал взрослый: убрал или прибавил несколько палочек и сколько.

85 Таким образом, на основе комплексной диагностики проводится дифференциация различных форм задержки психического развития, отграничение их от умственной отсталости, оцениваются интеллектуальные возможности детей с тяжелыми нарушениями речи, с церебральным параличом, с ранним детским аутизмом и другими нервно-психическими и соматическими заболеваниями.

Особую специфику имеет обследование детей раннего возраста с нарушениями слуха и речи. В этих случаях важное значение имеет метод наблюдения за поведением и игрой ребенка. Обращается внимание на то, как он играет с кубиками, пирамидкой и другими игрушками. Проявляет ли он к ним интерес и использует ли их по назначению.

### **3. Диагностика нарушений речи и оценка коммуникативного поведения.**

При нормальном развитии становление речи и формирование коммуникативного поведения тесно взаимосвязаны. Так, уже у здорового ребенка в конце первого года жизни имеет место избирательное отношение к окружающим, общение со взрослым при помощи звукосочетаний и отдельных лепетных слов, подчинение некоторым словесным инструкциям, обращение внимания на лицо говорящего, радость при общении со знакомыми и близкими для него людьми.

Коммуникативное поведение с самого начала своего формирования является интегративным процессом. Поэтому у детей с самыми различными отклонениями в развитии этот процесс может нарушаться. Мы уже отмечали роль эмоционально-положительного общения мать — ребенок для становления психики и, прежде всего, для формирования коммуникативного поведения.

Ребенок с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речевыми расстройствами с первых лет жизни нуждается в специальной коррекционной работе по стимуляции развития коммуникативного поведения.

Оценка коммуникативного поведения у детей с различными отклонениями в развитии имеет важное диагностическое значение. Известна специфика нарушений коммуникативного поведения при раннем детском аутизме.

Ребенок с аутизмом, имея нормальный слух, не реагирует на речевые инструкции взрослого или проявляет к ним активный негативизм, и, чем больше взрослый пытается привлечь его к

86

общению, наклоняясь к нему, заглядывая ему в глаза, поглаживая по голове, тем больший негативизм проявляет ребенок.

Совершенно иные особенности коммуникативного поведения проявляет ребенок с нарушениями слуха: не выполняя речевые инструкции, он внимательно смотрит в лицо говорящего, включается в задание вместе со взрослым, выполняет простые инструкции, если они сопровождаются выразительными жестами, мимикой. Вместе с тем, такой ребенок играет молча, не сопровождая свои действия лепетными звуко сочетаниями или словами.

Умственно отсталые дети раннего возраста очень по-разному реагируют на общение со взрослым. Одни из них легко вступают в общение, не учитывают ситуацию, охотно залезают к врачу или педагогу на колени, прижимаются к нему; другие, напротив, проявляют упрямство, негативизм. Однако во всех случаях поведенческие реакции этих детей стереотипы, однообразны и часто не адекватны. Обращает на себя внимание значительное отставание в понимании обращенной речи, слабый познавательный интерес.

Известно, что основной предпосылкой становления речи в первые 2—3 года жизни является высокий уровень мотивации речевого общения. Развитие речи — это, по существу, овладение разными способами общения на основе усвоения грамматических закономерностей родного языка. Таким образом, развитие речи и формирование коммуникативного поведения тесно взаимосвязаны. Взаимосвязь эта очень сложная и взаимно неоднозначная. Ребенок с тяжелыми нарушениями речи может иметь достаточно сохранный уровень коммуникативного поведения и, наоборот, ребенок с нарушениями звукопроизношения, заиканием может практически не общаться с окружающими. Все это определяет необходимость специальной оценки коммуникативного поведения у различных категорий детей с отклонениями в развитии и, прежде всего, у детей с нарушениями речи, слуха и ранним детским аутизмом.

### *3.1. Алалия и нарушения коммуникативного поведения*

Принципы диагностики моторной алалии. Речевое недоразвитие при моторной алалии отличается рядом характерных особенностей, которые необходимо учитывать при диагностическом обследовании ребенка. Прежде всего имеют место выраженные трудности в формировании звуковых образов слов:

вдаже имея определенный пассивный словарь, ребенок испытывает стойкие затруднения в назывании слов. При этом у него отсутствуют какие-либо выраженные нарушения артикуляционной моторики. Имеет место точка зрения, что при моторной алалии с трудом формируется речевой праксис, — это и определило название данного нарушения речи.

Одним из характерных признаков моторной алалии является специфическая трудность формирования слоговой структуры слов, трудности актуализации даже хорошо знакомых и простых по артикуляции слов. Имея достаточный пассивный словарь, ребенок затрудняется в назывании предметов, картинок и даже в повторении за взрослым отдельных слов. Характерны искажения слоговой структуры слов за счет ее упрощения — опускания звуков и слогов, перестановок, замен. Обращает на себя внимание нестойкость и разнообразие этих замен.

Трудность актуализации слов обуславливает длительный латентный период при вступлении в речевое общение, частые паузы и остановки в речи.

Ребенок с моторной алалией отличается крайне низкой речевой активностью. При попытке вступления с ним в речевой контакт часто проявляется негативизм.

Более всего при моторной алалии нарушается развитие фразовой речи. Это связано со специфическими трудностями при моторной алалии формирования так называемого речевого стереотипа. Коммуникативные трудности при алалии с возрастом могут как бы возрасти, по мере того, как речевая деятельность требует все большей автоматизации речевого процесса.

В дошкольном возрасте при моторной алалии отмечается выраженная трудность в развитии звукопроизносительной и связной речи.

Моторную алалию у детей в младшем дошкольном возрасте необходимо ограничивать от временных обратимых состояний, трактуемых обычно как задержки речевого развития. Такая необходимость обычно возникает в младшем дошкольном возрасте, когда отмечается позднее начало развития и замедленный темп ее формирования. Одним из важных диагностических критериев является возможность усвоения ребенком

грамматических норм родного языка. При моторной алалии эта возможность стойко нарушена. Ребенок испытывает выраженные затруднения в построении грамматически оформленных предложений и их фрагменты. Дети длительное время используют существительные преимущественно в именительном падеже, а **88**

глаголы и их фрагменты либо длительное время не используют вовсе, либо только в инфинитиве и повелительном наклонении. Большие трудности у детей с моторной алалией возникают при попытках использовать предлоги.

При задержке темпа речевого развития ребенок обычно достаточно хорошо понимает обращенную речь, в том числе и значение грамматических изменений слов; у него отсутствует смешение в понимании слов, имеющих сходное звучание. В ходе становления речи при задержке темпа речевого развития отсутствуют нарушения структуры слов и аграмматизмы, столь характерные и стойкие при моторной алалии.

Таким образом, развитие речи ребенка при задержке речевого развития отличается от нормального только своим темпом, закономерности же формирования лексико-грамматических структур в импрессивной и экспрессивной речи соответствуют нормальному развитию.

Особенности использования грамматических структур детьми с задержкой речевого развития такие же, как и у здорового ребенка более раннего возраста. Кроме того, в отличие от детей с моторной алалией, они способны к самостоятельному овладению языковыми обобщениями, что практически не доступно детям с моторной алалией.

Нарушения со стороны ЦНС при задержке речевого развития имеют обратимый нейродинамический характер, иногда они не выявляются вовсе. В этих случаях задержка речевого развития в раннем возрасте может быть связана с конституциональными особенностями ребенка, со специфической генетической программой его речевого развития, соматической ослабленностью, неблагоприятными условиями окружения и воспитания, например, недостаточностью эмоционально-личностного общения в условиях домов ребенка и детских домов. Кроме того, может иметь место сочетание всех этих факторов.

При обследовании степени сформированности речи используются специальные методики, направленные как на обследование импрессивной, так и экспрессивной речи,

При исследовании импрессивной речи обращается внимание на понимание ребенком конкретных инструкций, значений слов, обозначающих предметы и действия. Ребенку предлагаются игрушки, предметные и простые сюжетные картинки. При этом дифференцируется объем понимания существительных и глаголов. Обследуется также понимание предложений различной степени сложности с опорой на картинку и только по слуху. С этой целью оценивается понимание инструкций.

При оценке экспрессивной речи ребенка просят отвечать на простые вопросы, называть предметы и действия, составлять предложения различной степени сложности. При обследовании речи чрезвычайно важно хорошо знать закономерности развития нормальной детской речи, которые являются для обследователя своеобразным условным эталоном нормы<sup>1</sup>.

### **3.2. Обследование экспрессивной речи**

Обследование экспрессивной речи также проводится с учетом уровня ее развития.

В отечественной логопедической практике при оценке сформированности<sup>TM</sup> экспрессивной речи выделяют три основных уровня речевого развития.

При обследовании на первом уровне речевого развития выявляется понимание речи, активный словарь ребенка, возможность речевого подражания, особенности звукопроизношения, оценивается также состояние артикуляционного аппарата. Кроме того, оценивается так называемая зона ближайшего развития, а именно возможность объединения двух слов в простое предложение.

На втором уровне развития также обследуется понимание речи, грамматическая структура и объем предложения, слоговая структура слов.

На третьем уровне оценивается объем и структура предложений, возможность составления рассказа по серии сюжетных картинок, использование предлогов, возможность словообразования, звукопроизношение и фонематическое восприятие.

У детей с нарушениями звукопроизношения проводится дифференциация между дислалией и дизартрией.

При дислалии нарушения звукопроизношения имеют место при сохранной иннервации речевого аппарата и нормальном слухе. В процессе обследования дифференцируются две формы дислалии: функциональная и механическая. При функциональной дислалии отсутствуют органические или механические нарушения в строении артикуляционного аппарата.

При механической дислалии нарушения звукопроизношения обусловлены анатомическими дефектами органов артикуляции.

<sup>1</sup> Жукова Н.С. Мастюкова Е.М. Филочева Т. Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. — М.: Просвещение, 1990.

Чаще всего наблюдаются различные аномалии зубно-челюстной системы.

При дизартрии нарушается двигательный механизм речи за счет органического поражения центральной нервной системы. При дизартрии нарушения звукопроизношения всегда связаны с недостаточностью артикуляционной моторики, голосообразования и речевого дыхания.

Нарушения артикуляционной моторики проявляются в виде изменения тонуса артикуляционных мышц, ограничения объема их произвольных движений, координаторных устройств, различного рода синкинезий — сопутствующих движений, тремора. Все эти расстройства артикуляционной моторики обычно сочетаются с нарушениями дыхания и расстройствами голосо-образования.

Речь при выраженных формах дизартрии смазанная, нечеткая.

При обследовании речи важно обратить внимание на нарушения ее темпа. Нарушения темпа могут проявляться в виде брадилалии — патологической замедленности темпа или в виде тахилалии — патологически ускоренного темпа речи. Нарушения темпа речи могут проявляться самостоятельно, однако чаще они сочетаются с другими видами речевых расстройств.

### 3.3. Заикание

Важное значение имеет диагностика *заикания*. При заикании нарушается ритм, темп и плавность речи, что приводит к нарушениям *коммуникативного поведения*<sup>1</sup>.

В процессе диагностики важное значение имеет дифференциация так называемого *невротического* и *неврозоподобного* заикания.

*Невротическое заикание* возникает в результате острых и по-дстрых психических травм на фоне предрасполагающих факторов: особая невропатическая структура организма ребенка, соматическая ослабленность, семейная отягощенность патологией речи, особенно заиканием, неблагоприятный речевой кли-мат в семье и, прежде всего, перегрузка ребенка информацией.

*Неврозоподобное заикание* возникает на фоне нарушений деятельности центральной нервной системы в связи с различными проявлениями мозговой дисфункции.

<sup>1</sup> Нарушения коммуникативного поведения при заикании многими авторами рассматривается как ведущий дефект (А.В.Ястребова).

91

Невротическое заикание следует отличать от так называемого *эволютивного заикания*, которое возникает в период наиболее интенсивного развития речи и так называемого спотыкания — *poltern*.

Среди условий возникновения заикания ведущее значение имеют неравномерность развития речевых и моторных функций, особенно в критические периоды, в сочетании с конституционально-генетическими особенностями сомато-вегетативной и эмоциональной сферы. Эти особенности чаще всего проявляются в виде повышенной нервной возбудимости, которая обычно имеет место уже с первых месяцев жизни ребенка. Важное значение имеют также остаточные проявления раннего органического поражения центральной нервной системы в виде двигательной расторможенности и эмоциональной неустойчивости, а также нерезко выраженные речедвигательные расстройства.

Среди внешних условий большую роль играет эмоциональная и речевая перегрузка под влиянием неблагоприятного окружения.

В начальном периоде невротического заикания наблюдается преобладание тонических спазмов в дыхательной и вокальной мускулатуре, затем присоединяются тонико-клонические судороги в мышцах артикуляционного аппарата, а также дополнительные сопутствующие движения по типу тикозных в мышцах лица, шеи и конечностей. В дальнейшем при неблагоприятном течении заикания можно наблюдать в отдельных случаях возникновение общего или избирательного мутизма — активного отказа от речевого общения. В дальнейшем, обычно к началу школьного возраста, может формироваться страх речи — лого-фобия.

Невротическое заикание обычно стойко сочетается с другими невротическими проявлениями (страхами, нарушениями сна, энурезом — ночным или дневным недержанием мочи, эмоциональной неустойчивостью), а также повышенной психической истощаемостью.

Есть и другой тип заикания, которое возникает без какой-либо явной причины, постепенно, как бы незаметно для окружающих. Возникновению этой формы заикания способствует декомпенсация ранней недостаточности ЦНС под влиянием различных неблагоприятных факторов. К ним относятся наследственная предрасположенность к заиканию, о чем свидетельствует частота заикания и других форм речевой патологии в семейном анамнезе этих детей; недостаточность речевой системы

92

(позднее развитие речи, различные формы речевой недостаточности; особенности моторной и нервно-психической сферы, критические периоды нервно-психического и речевого развития).

Неврозоподобное заикание часто наблюдается при различных нервно-психических заболеваниях, проявляющихся, прежде всего, в виде нарушений эмоциональной сферы и поведения.

При электроэнцефалографическом обследовании детей с нев-розоподобным заиканием отмечались, как правило, наряду с общемозговыми и локальные изменения биологической активности мозга, более выраженные в левом или правом полушарии.

При левополушарных нарушениях заикание нередко сочеталось с другими нарушениями речи и прежде — задержкой речевого развития или более стойким речевым расстройством — моторной алалией.

При правополушарных — заикание сочеталось с просодиче-скими и интонационно-ритмическими нарушениями в сочетании с более выраженными эмоционально-поведенческими расстройствами. Трудности общения у этих детей проявлялись не только за счет заикания, но и в связи с их общей инвертирован-ностью (направленностью на себя) и нарушениями поведения обычно по типу гиперактивного.



Неврозоподобное заикание может сочетаться с невротическими проявлениями. Такой тип заикания характерен для детей с органическим поражением ЦНС, включая и легкую мозговую дисфункцию, а также при резидуальных нервно-психических заболеваниях, например, при ДЦП при легкой и средней степени поражения речевых мускулатуры.

Если заикание возникает у ребенка с церебральным параличом и тяжелым поражением артикуляционной мускулатуры, то такое заикание следует рассматривать как органическое.

Оно отличается стойкостью, сопровождается тяжелыми тоническими спазмами дыхательной, вокальной и артикуляционной мускулатуры и выраженными насильственными движениями.

Для отграничения заикания от других, внешне сходных с ним форм речевой патологии, проявляющихся в нарушениях темпа, ритма и плавности речи, часто в сочетании с дефектами звуко-произношения (например, различными формами дизартрии, дис-лалии в сочетании с тахилалией), следует учитывать один из важных признаков заикания, а именно, большую вариабильность проявлений в зависимости от условий общения с постепенным формированием особого типа речевого поведения, структура которого определяется не только самим речевым де-

фектом, но и эмоционально-личностными и сомато-вегетативными нарушениями.

Кроме того, для дифференциальной диагностики заикания с другими, внешне сходными с ним речевыми расстройствами, следует учитывать специфику течения данной формы речевой патологии (волнообразность со склонностью к рецидивам), а также частоту формирования логофобии (страха речи) с общей невротизацией личности и одним из ярких внешних симптомо-комплексов заикания — судорожным движением мышц, участвующих в речевом акте с сопутствующими движениями и «уловками».

Особую сложность в ряде случаев может представлять отграничение заикания от особой формы речевой патологии *клаттеринг-синдрома*, который характеризуется неразборчивой, поспешной речью с ее прерывистостью и непреднамеренными паузами.

Основным признаком клаттеринг-синдрома, позволяющим его дифференцировать от заикания, является постоянно ускоренный темп речи (тахилалия), делающий речь малопонятной. Ускоренный темп речи сочетается со своеобразными нарушениями ритма речи, т.е. имеет место речевая дизритмия; кроме того, характерны персеверации — повторения звуков, слогов, слов и фраз, нарушения плавности речи, включая повторения, паузы, непредусмотренные смысловым содержанием, вставки звуков, слогов или слов, а также непостоянные пропуски и смещения звуков и слогов. В целом, это ускоренная, захлебывающаяся, неравномерная по ритму речь, часто сочетающаяся с нарушениями артикуляции. При этом, в отличие от дизартрии, нарушения артикуляции крайне непостоянны и вариабильны по структуре. Могут наблюдаться и нарушения голоса в виде колебаний его громкости и малой интонационной выразительности. Характерны также трудности в нахождении слов, в построении фраз, в правильной расстановке смысловых ударений.

Эти признаки часто сочетаются с нарушениями чтения и письма, выраженной недостаточностью функции активного внимания, гиперактивным поведением, недостаточным объемом слуховой памяти и трудностями обучения.

В отличие от заикания, все указанные признаки хотя и проявляются нестабильно, вариабильность их проявлений не связана прямо с усложнением ситуации речевого общения. Ребенок не прибегает к различным «уловкам», как заикающийся, у него не выражены вегето-сосудистые нарушения, отсутствует

94

страх речи (логофобия), а часто даже и просто отношение к своему речевому дефекту.

Проявления клаттеринг-синдрома не сочетаются с признаками общего мышечного напряжения, морганием глаз, раздуванием ноздрей, дрожанием губ и другими признаками, рассматриваемыми как вторичные проявления заикания. Однако, необходимо учитывать возможность сочетания клаттеринг-синдрома и заикания.

Клаттеринг-синдром обычно наблюдается у лиц мужского пола.

Описано аутосомно-доминантное наследование этого синдрома. В таких случаях это нарушение прослеживается из поколения в поколение, в среднем, проявляясь у половины детей лица, страдающего данным речевым нарушением. Это не исключает наличие семей, в которых, в силу случайности, все дети наследуют от родителя, страдающего данной патологией, только нормальный ген. В этих случаях нарушение исчезает в этой ветви семьи.

Интерес к данной форме речевой патологии значительно увеличился с выделением неследственной рецессивно сцепленной с полом особой формы интеллектуальной недостаточности со своеобразной клинической картиной, включающей данную форму речевой патологии. Это так называемая *олигофрения, связанная с ломкой X-хромосомой*. Примечательно, что по последним данным, эта форма речевой патологии может проявляться на фоне сохранного интеллекта. Иногда подобные формы речевых нарушений описываются как проявления дизартрии с заиканием.

В последние годы подтвердились данные о частоте клаттеринга как специфического синдрома у лиц мужского пола с ломкой X-хромосомой. У всех обследованных выявлен быстрый, колеблющийся темп речи с повторением звуков, слов или даже целых фраз. Быстрый, «взрывной» темп речи обуславливает ее смазанность, невнятность. Характерными признаками являются повторения слогов и слов, прерывистость речи, непреднамеренные паузы и остановки в сочетании с повторами, которые, в отличие от заикания, обнаруживаются не в

начале высказывания, а на всем его протяжении, и часто сочетаются с нарушениями артикуляции. Артикуляционные нарушения проявляются в заменах, пропусках и искажениях звуков, особенно глухих согласных. В ряде случаев даже у детей школьного возраста отмечается отсутствие осознания своего дефекта. Ребенок продолжает говорить быстро, невнятно, не осознавая того, что слушателю трудно следить за последовательным ходом его мысли. В боль-

95шинстве случаев это сочетается, а иногда и обуславливается выраженными нарушениями функции активного внимания. Частыми также являются нарушения кратковременной памяти и трудности выбора наиболее адекватных слов для продолжения беседы.

Эти особенности коммуникативного поведения иногда обозначаются как «поведение пересмотра», т.е. речь говорящего постоянно прерывается остановками и «новыми стартами» с включением новых тем для беседы. Эта особенность считается самой характерной для данного синдрома и свидетельствует о нарушениях последовательного изложения мыслей при этой форме речевой патологии. Такой тип «информационно избыточного речевого поведения» совершенно не характерен для заикания.

Таким образом, клаттеринг-синдром представляет собой не только нарушение плавности и внятности речи, но и специфическую языковую дисфункцию. При диагнозе данного синдрома важно учитывать следующие основные его проявления: непостоянство в темпе речи с тенденцией к быстрому — тахилалии; повторы слов (по крайней мере два повтора на 100 произнесенных слов); наличие артикуляционных затруднений, нарушений психического и речевого развития; случаи речевых нарушений в семейном анамнезе; отсутствие осознания речевого нарушения; сочетание указанных признаков с выраженными нарушениями внимания. Выявление 4-х и более из представленных признаков дает основание для диагноза клаттеринг — синдрома.

Дополнительными признаками данной формы речевой патологии могут быть: трудности планирования речевого высказывания и последовательного изложения мыслей; персеверации и частые отклонения от темы высказывания; диссоциация между относительно большим словарным запасом и возможностью построения последовательной схемы высказывания. Эти специфические языковые трудности проявляются лишь при достаточно развитой фразовой речи. В этих условиях и проявляются специфические нарушения связной речи. Выявление данной формы речевого нарушения требует полного логопедического обследования с дополнительным исследованием кратковременной слуховой памяти и оценки плавности речи как в спонтанной речевой деятельности в процессе игры и беседы со сверстниками, так и в специально заданной логопедом тематической беседе.

Особые трудности могут возникнуть при отграничении клат-теринг-синдрома от заикания, возникающего на фоне органического поражения ЦНС и дизартрии. В этих случаях полезно

96

учесть общие характерные признаки детей, которые имеют место при особой форме умственной отсталости, связанной с ломкой X-хромосомой, так как именно у таких детей наиболее часто имеет место клаттеринг-синдром. Это прежде всего специфические особенности строения лица и тела: большой череп, несколько удлиненное лицо, увеличенные оттопыренные ушные раковины, широкий прямой лоб, уплощение средней части лица, своеобразная форма носа с тупым, слегка загнутым кончиком, светлые радужные оболочки глаз, прямой прикус, увеличенные в размерах кисти и стопы.

При неврологическом обследовании часто выявляется общее снижение мышечного тонуса, в ряде случаев наблюдаются стереотипные гримасы, подергивания мышц лица, иногда судорожный синдром.

Знание представленной формы речевого нарушения важно как для отграничения его от заикания, так и для выявления лиц, речевые и интеллектуальные нарушения которых обусловлены наличием ломкой X-хромосомы.

Кроме связи с ломкой X-хромосомой, клаттеринг-синдром может наблюдаться у лиц с рассеянным склерозом, внутрочерепным кровоизлиянием в области ствола головного мозга. Таким образом, клаттеринг-синдром всегда связан с органическим поражением головного мозга. Особые трудности для диагностики могут представлять случаи сочетания клаттеринг-синдрома с заиканием.

Заикание следует также дифференцировать с синдромом Туретта-болезнью тиков, включающей тики артикуляционной мускулатуры, которые могут обуславливать запинки речи, напоминающие заикание. В отличие от последнего, для синдрома Туретта характерны множественные тики, непроизвольная вокализация, включающая выкрики бранных слов (копролалию) и повторения слов (эхолалию).

#### **3.4. Нарушения коммуникативного поведения у детей с недостатками слуха**

Нарушения коммуникативного поведения характерны для детей с нарушениями слуха<sup>1</sup>. Известно, что слух играет исключительную роль в развитии детской речи.

<sup>1</sup> Имеются в виду дети, не охваченные ранней слуховой работой и слухопротезированием.

97Нарушения в развитии речи, связанные с недостаточностью слуха в значительной степени определяются временем потери слуха и спецификой речевого дефекта.

По характеру дефекта все нарушения слуха делятся на *кон-дуктивные* и *нейросенсорные*. При кондуктивных отмечается нарушение проведения звука в среднем или наружном ухе. При нейросенсорных имеется поражение внутреннего уха, слухового нерва, его ядер или слуховых зон коры головного мозга. Наиболее частыми являются нейросенсорные нарушения.

Нарушения слуха подразделяются на *тугоухость* и *глухоту*. По времени возникновения все нарушения слуха делятся на три группы: врожденные, возникающие в период новорожденности и приобретенные на

последующих этапах развития. Последние подразделяются на периоды в зависимости от уровня сформированности речи на момент возникновения дефекта слуха (условно — до 3 лет, когда возникшие дефекты слуха нарушают формирование речи или полностью приостанавливают ее развитие, и после 3 лет, когда в связи с дефектами слуха может происходить распад речевой функции).

Недостаточность слуха приводит к нарушению развития всех сторон речи: фонетической, лексической, грамматической, смысловой, а в ряде случаев и к полному отсутствию речи. Степень речевой недостаточности зависит как от тяжести слухового дефекта, так и от времени его появления и условий развития ребенка. Поэтому, если у ребенка нарушено коммуникативное поведение и речевое общение, ему необходимо обследование слуха. В настоящее время разработаны и широко внедрены в практику методы объективной оценки состояния слуха, начиная с периода новорожденное™. Это метод электрокорковой аудио-метрии, который позволяет рано выявлять случаи глухоты и тугоухости и дифференцировать нарушения общения в связи с дефектами слуха от речевых расстройств, умственной отсталости, психических отклонений.

Важное значение имеет определение критериев риска возможности нарушений слуха у ребенка раннего возраста, которые можно установить на основе тщательного изучения анамнестических данных. Это, прежде всего, вирусные заболевания матери в первом триместре беременности, особенно такие как краснуха, корь, грипп, вирус герпеса. Нарушения слуха часто сочетаются с различными врожденными пороками развития, например, расщелинами губы и неба. Они часто наблюдаются при недоношенности, особенно когда вес при рождении менее 1500 г.

98

Причиной нарушений слуха могут быть алкоголизм матери во время беременности, несовместимость крови с проявлениями в период новорожденное™ желтухи и неврологических расстройств, обозначаемых клинически как билирубиновая энцефалопатия.

Кроме того, к группе риска по нарушениям слуха относятся дети с различными отоларингологическими заболеваниями (аденоиды, отиты и др.), а также дети, получавшие интенсивное лечение антибиотиками в первые месяцы и годы жизни, особенно антибиотиками, вызывающими отогенную интоксикацию (стрептомицин и др.).

К группе риска относятся также дети с различными хромосомными и наследственными заболеваниями или имеющие родителей или родственников с врожденными дефектами слуха.

Внимание должно быть обращено и на частые воспалительные заболевания среднего уха — повторяющиеся отиты, возникающие в критические периоды развития слуховой и речевой системы.

Кроме представленных нарушений коммуникативного поведения в связи с дефектами речи и слуха, имеются так называемые первичные нарушения контакта ребенка с окружающим миром. Это имеет место у детей с ранним детским аутизмом (РДА).

### *3.5. Нарушения коммуникативного поведения при раннем детском аутизме*

*Ранний детский аутизм* — особая аномалия психического развития, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушения коммуникативного поведения, эмоционального контакта ребенка с окружающим миром. Основной признак аутизма, неконтактность ребенка, проявляется обычно рано, уже на первом году жизни, но особенно четко в возрасте 2—3 лет в период первого возрастного криза.

Ранняя диагностика аутизма имеет важное значение, так как прогноз этой аномалии развития в значительной степени зависит от времени начала психолого-педагогической коррекции и лечения.

У ребенка с аутизмом нарушено формирование всех форм довербального и вербального общения. Прежде всего у него не формируется зрительный контакт, ребенок не смотрит в глаза взрослого, не протягивает ручки с немой просьбой, чтобы его

99 взяли на руки, как это делает здоровый малыш уже на первом этапе социально-эмоционального развития.

На всех этапах развития ребенок с аутизмом в общении с окружающими не обращается к языку мимики и жестов, как это делают дети первого года жизни, а также дети с нарушениями слуха и речи.

Принято считать, что ранний детский аутизм чаще возникает в определенной семейной среде, обычно это интеллектуальная среда. Известно также, что аутизм наблюдается у первенцев и единственных детей в семье.

Существует разный подход к пониманию возникновения аутистического поведения: одни авторы полагают, что аутизм может проявляться уже с рождения, другие предпочитают выделять аутизм *первичный* и *вторичный*.

Первичный рассматривается как врожденная генетически обусловленная предрасположенность, вторичный — как формулирующаяся форма поведенческих реакций. Практика показывает, что обычно имеет место сочетание этих двух механизмов.

Самая главная особенность детей с аутизмом — это стремление избегать контакта с другими людьми. Ребенок ни на кого не смотрит, не общается с окружающими.

Зрительное внимание детей с аутизмом крайне избирательно и очень кратковременно, ребенок смотрит как бы мимо людей, не замечает их и относится к ним как к неодушевленным предметам. В то же время он отличается повышенной ранимостью, впечатлительностью, его реакции на окружающее часто непредсказуемы и непонятны. Такой ребенок может не замечать отсутствия близких родственников, родителей и чрезмерно болезненно и возбужденно реагировать даже на незначительные перемещения и перестановки предметов в комнате.

При аутизме своеобразный характер имеет игровая деятельность. Ее характерным признаком является то, что обычно ребенок играет один, предпочтительно используя не игровой материал, а предметы домашнего обихода. Он может длительно и однообразно играть с обувью, веревочками, бумагой, выключателями, проводами и т.п. Сюжетно-ролевые игры со сверстниками у таких детей не развиваются. Наблюдаются своеобразные патологические перевоплощения в тот или иной образ в сочетании с аутистическим фантазированием. При этом ребенок не замечает окружающих, не вступает с ними в речевой контакт. Для детей с аутизмом характерны разнообразные нарушения психомоторики, которые проявляются, с одной стороны, в мо-

100

торной недостаточности, отсутствии содружественных движений, а с другой — в появлении однообразных, стереотипных движений в виде сгибания и разгибания пальцев рук, потягиваний, взмахиваний кистями рук, подпрыгиваний, вращения вокруг себя, бега на цыпочках и т.п. Особенно характерны вращающиеся движения кистями рук около наружных углов глаз. Такие движения появляются или усиливаются при волнении, при попытке взрослого вступить в контакт с ребенком.

Мимика ребенка маловыразительна, характерен взгляд мимо или «сквозь» собеседника.

Многие дети с аутизмом отличаются повышенной пугливостью, впечатлительностью, склонностью к страхам, при этом особенно выражен страх новизны, который рассматривается как болезненно обостренный инстинкт самосохранения.

Интеллектуальное развитие этих детей крайне разнообразно. Среди них могут быть дети с нормальным, ускоренным, резко задержанным и неравномерным умственным развитием. Отмечается также как частичная или общая одаренность, так и умственная отсталость.

Среди характерных признаков раннего детского аутизма большое место занимают нарушения речи, которые отражают основную специфику аутизма, а именно — несформированность коммуникативного поведения. Поэтому у детей с аутизмом, прежде всего, нарушено развитие коммуникативной функции речи и коммуникативного поведения в целом. Независимо от срока появления речи и уровня ее развития, ребенок не использует речь как средство общения, он редко обращается с вопросами, обычно не отвечает на вопросы окружающих и в том числе близких для него людей. В то же время у него может достаточно интенсивно развиваться «автономная речь», «речь для себя». Среди характерных патологических форм речи прежде всего обращают на себя внимание эхолалии, вычурное, часто скандированное произношение, своеобразная интонация, характерные фонетические расстройства и нарушения голоса с преобладанием особой высокой тональности в конце фразы или слова, длительное называние себя во втором или в третьем лице, отсутствие в активном словаре слов, обозначающих близких для ребенка людей, например, слов *мама*, *папа* или остальные предметы, к которым у ребенка имеется особое отношение: страх, навязчивый интерес, их одушевление и т.п.

В отличие от речевых нарушений, например, алалии, речь при аутизме на самых ранних этапах может развиваться нор-

101 мально или даже ускоренно, и ребенок по темпу ее развития иногда обгоняет здоровых сверстников. Затем, обычно до 30 месяцев (в среднем около 18 месяцев) она начинает постепенно утрачиваться: ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда может разговаривать сам с собой или во сне, т.е. не развивается коммуникативная функция речи. Утрата речи всегда сочетается с потерей выразительного жестикулирования и имитационного поведения. При этом такая утрата речи чаще наблюдается у девочек.

При раннем детском аутизме в доречевом периоде часто имеет место отсутствие лепета и слабое развитие функции подражания. Ребенок не выполняет простые речевые инструкции, хотя косвенными методами можно определить, что он понимает обращенную речь. Более чем у 50—70% детей с ранним детским аутизмом наблюдается недостаточность использования жестов и интонации в общении. В начале речевого развития эхолалии появляются редко, но они могут иметь место в старшем дошкольном возрасте.

Дети с аутизмом редко используют полноценную речь в общении. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят за пределами привычной для них обстановки, у них нередко наблюдаются стойкие аграмматизмы, они почти никогда не используют личное местоимение *я* и утвердительное слово *да*. В некоторых случаях может отмечаться сочетание аутизма с различными речевыми нарушениями, в том числе с алалией. Эти формы особенно неблагоприятны в отношении развития речи, так как два этих дефекта взаимно усиливают друг друга. Нередко различные речевые нарушения, в том числе и алалия, могут осложняться отдельными проявлениями аутистического поведения.

Различные варианты аутистического поведения могут формироваться вторично у детей с тяжелыми формами нарушений речи и слуха. Важное значение имеет клиническая дифференциация различных форм аутистического поведения применительно к каждому отдельному ребенку. Важность этой дифференциации объясняется еще и тем, что, как хорошо известно, дети с аутистическим поведением составляют группу повышенного риска развития тяжелого психического заболевания — детской шизофрении.

Нарушения коммуникативного поведения при раннем детском аутизме необходимо отграничивать от невротических реакций, протекающих по типу пассивного протеста в виде *мутизма*.

102

Мутизм — это отказ от речевого общения как реакция протеста. Мутизм достаточно характерен для детей дошкольного возраста. Считается, что чаще он наблюдается у девочек. Способствующим фактором к

возникновению мутизма является недостаточность речевой функции и часто наиболее интенсивное принуждение ребенка к речевому общению. Мутизм может быть избирательным и тотальным. Чаще наблюдается избирательный мутизм, который проявляется в том, что ребенок активно отказывается от речевого общения с определенными лицами, или со всеми взрослыми, или в определенной обстановке, например, в детском саду. Мутизм может быть кратковременным и затяжным. Ребенок с мутизмом должен быть обязательно осмотрен детским психоневрологом и для него должна быть создана щадящая психологическая атмосфера в семье и в детском учреждении. Особенно важное значение имеет предупреждение мутизма у детей с различными формами речевых расстройств, а также при РДА.

В настоящее время считается, что аутистическое поведение представляет собой интегральное расстройство с различной этиологией и патогенезом. Выяснение в каждом конкретном случае механизмов его развития на клиническом этиопатогенетическом уровне имеет важное практическое и теоретическое значение.

Со времени описания РДА в 1943 г. Каннером и вскоре Ас-пергером выделяют две его формы: *синдром детского аутизма Каннера* и *аутистическая психопатия Аспергера*.

Вариант Аспергера обычно более легкий, при нем не страдает «ядро личности». Этот вариант многие авторы относят к аутистической психопатии. В литературе представлены описания различных клинических проявлений при этих двух вариантах аномального психического развития. Так, например, РДА Каннера обычно рано выявляется — в первые месяцы жизни, или на протяжении первого года. При синдроме Аспергера особенности развития и странности поведения, как правило, начинают проявляться на 2—3 году и более четко — к младшему школьному возрасту. При синдроме Каннера ребенок начинает ходить раньше, чем говорить, при синдроме Аспергера речь появляется раньше ходьбы. Синдром Каннера встречается как у мальчиков, так и у девочек, а синдром Аспергера считается «крайним выражением мужского характера». При синдроме Каннера имеет место познавательный дефект и более тяжелый социальный прогноз, речь, как правило, не несет коммуникативной функции. При синдроме Аспергера интеллект более сохранен, социальный прогноз значительно лучше и ребенок обычно использует речь как средство общения. Зрительный контакт также лучше при синдроме Аспергера, хотя ребенок и избегает чужого взгляда; общие и специальные способности также лучше при этом синдроме<sup>1</sup>.

Аутизм может возникать как своеобразная аномалия развития генетического геноза, а также наблюдаться в виде осложняющего синдрома при различных неврологических заболеваниях, в том числе и при метаболических дефектах. Клиническая дифференциация РДА имеет важное значение для определения специфики лечебно-педагогической работы, а также для школьного и социального прогноза.

#### 4. Аутистические проявления при некоторых нервно-психических заболеваниях у детей

При оценке аутистического поведения у ребенка мы считаем важным разграничивать аутизм как особую форму аномального развития и аутистические проявления как синдром, наблюдаемый при различных нервно-психических заболеваниях. В первом случае аутизм является ведущим дефектом в структуре аномального развития, во втором — осложняющим нарушением при различных заболеваниях ЦНС, сочетающихся с умственной отсталостью. При нерезко выраженных проявлениях аутизма—во втором случае используется нередко термин *параутизма*.

Так, синдром параутизма может нередко наблюдаться при описанном выше синдроме Дауна.

Кроме того, он может иметь место при следующих заболеваниях ЦНС.

1. *Мукополисахаридозы* — группа наследственных заболеваний, при которых имеют место нарушения обмена веществ в соединительной ткани. Характерный внешний облик больных определяет второе название этой группы заболеваний — *гаргоулизм*. При этих заболеваниях имеет место комплекс нарушений, включающий патологию соединительной ткани, ЦНС, органов зрения, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Название *гаргоулизм* дано заболеванию в связи с внешним сходством больных со скульптурными изображениями химер. Заболевание преобладает у лиц мужского пола.

Первые признаки заболевания проявляются вскоре после рождения: обращают на себя внимание грубые черты лица, круп-

<sup>1</sup> *Каган В.Е.* Аутизм у детей. — Л.: Медицина, 1981. — С. 203.

ный череп, нависающий над лицом лоб, широкий нос с запавшей переносицей, деформированные ушные раковины, высокое небо, крупный язык. Характерны короткие шея, туловище и конечности, деформированная грудная клетка, изменения со стороны внутренних органов: пороки сердца, увеличение живота, печени и селезенки, пупочные и паховые грыжи.

Умственная отсталость различной степени выраженности сочетается с дефектами зрения, слуха и нарушениями общения по типу раннего детского аутизма. Признаки РДА проявляются избирательно и непостоянно и не определяют основную специфику аномального развития.

2. *Синдром Леша-Нихана* — наследственное заболевание, включающее умственную отсталость, нарушения моторики в виде насильственных движений — хореоатетоза, аутоагрессию, спастические церебральные параличи. Характерным признаком заболевания являются выраженные нарушения поведения — аутоагрессия, когда ребенок может наносить себе серьезные повреждения, а также нарушение общения с окружающими.

3. Кроме того, аутистическое поведение наблюдается нередко при описанной выше *фенилкетонурии* и *синдроме ломкой X-хромосомы*.

4. Аутистическое поведение характерно также для синдрома *Ульриха-Нунан*. Синдром является наследственным, передается как менделирующий аутосомно-доминантный признак. Проявляется в виде характерного внешнего вида: антимонголоидный разрез глаз, узкая верхняя челюсть, малых размеров нижняя челюсть, низко расположенные ушные раковины, опущенные верхние веки (птоз). Характерным признаком считается шейная крыловидная складка, короткая шея, низкий рост.

Характерна чистота врожденных пороков сердца и дефектов зрения. Наблюдаются также изменения конечностей, скелета, дистрофичные, плоские ногти, пигментные пятна на коже. Характерным признаком заболевания у лиц мужского пола является крипторхизм.

Интеллектуальные нарушения проявляются не во всех случаях. Несмотря на то, что дети формально кажутся контактными и приветливыми, их поведение, в целом, достаточно разлажено, многие из них испытывают неадекватные навязчивые страхи, проявляют *синдром тождества*, характерный для аутизма, разлаженность поведения и стойкие трудности социальной адаптации.

5. Аутистическое поведение может наблюдаться у некоторых детей с синдромом Дауна, а также при туберозном скле-

105розе и особом нервно-психическом заболевании — синдроме Ретта.

*Туберозный склероз* является наследственным заболеванием, при котором интеллектуальные нарушения (чаще умственная отсталость) сочетаются со своеобразными кожными изменениями — депигментированными пятнами в области лица в виде бабочки и на подбородке. Поражение нервной системы проявляется в виде судорожного синдрома и умственной отсталости. На фоне текущего органического поражения ЦНС у детей нередко возникают аутистические формы поведения.

*Синдром Ретта* — психоневрологическое заболевание, которое встречается исключительно у девочек с частотой 1:12 500. Заболевание проявляется с 12—18 месяцев, когда девочка, до тех пор нормально развивающаяся, начинает терять едва сформировавшиеся речевые, локомоторно-статические и предметно-манипулятивные навыки.

Характерным признаком данного заболевания является сочетание потери целенаправленных ручных навыков с появлением стереотипных (однообразных) движений рук в виде их потирания, заламывания, «мытья».

Наряду с монотонным потиранием рук, часто наблюдаются своеобразные движения рук перед грудью или подбородком.

По мере течения заболевания меняется внешний облик девочки: лицо становится все менее выразительным, своеобразное «неживое», «несчастное» лицо, взгляд часто неподвижный, такие дети могут подолгу смотреть в одну точку перед собой.

На фоне однообразной мимики и общей заторможенности наблюдаются приступы насильственного смеха, иногда возникающего по ночам. Часто насильственный смех является предвестником приступов импульсивного поведения или сочетается с ними. Нередко при синдроме Ретта имеют место судорожные припадки. Все эти особенности поведения больных девочек напоминают поведение при РДА. Это сходство еще более усиливается за счет своеобразия речевого поведения при синдроме Ретта. Большие девочки с трудом вступают в речевое общение, их ответы односложны и эхολаличны. Временами у них могут наблюдаться периоды частичного или общего мутизма, т.е. отказа от речевого общения.

Для больных с синдромом Ретта характерен крайне низкий психический тонус, ребенок не может сосредоточиться, его ответы носят импульсивный и неадекватный характер. Этим они также напоминают детей с ранним детским аутизмом.

106

Во всех представленных случаях имеют место отдельные проявления аутистического поведения, которые, в отличие от аутизма, как аномалии психического развития, имеют фрагментарный характер и при них отсутствует главное проявление аутизма — несформированность потребности в общении с окружающими. Все эти дети с органическим поражением ЦНС стремятся к общению с окружающими, они не отгорожены от внешнего мира, не избегают зрительного контакта и не проявляют особого диссоциированного поведения, характерного для РДА.

Кроме того, у детей с органическим поражением ЦНС и проявлениями аутистического поведения имеет место качественно иная иерархия когнитивных расстройств по сравнению с детьми с аутизмом.

При органическом поражении ЦНС во всех случаях более недостаточными оказывались наиболее поздно формирующиеся нервно-психические функции; при РДА, как уже отмечалось выше, имеет место асинхронный вариант психического развития, поэтому ребенок с РДА, не владея элементарными бытовыми навыками, может проявлять достаточный уровень психомоторного развития в значимых для него видах деятельности.

Проявления самого аутизма у детей с органическим поражением ЦНС являются менее выраженными и непостоянными.

Описано также проявление аутизма у детей с церебральным параличом, слабоблидающих и слепых, например, при ретролен-тальной фиброплазии, при сложном дефекте — слепоглухоте и других отклонениях в развитии.

Основоположниками изучения детской шизофрении в отечественной психиатрии являются Т.П.Симеон, Г.Е.Сухарева, А.Н.Чехова, В.Е.Каган, М.С.Вроно, В.Н.Мамцева, В.М.Баши-на, К.С.Лебединская, Л.Я.Жезлова.

Шизофрения в настоящее время рассматривается как хроническое психическое заболевание, преимущественно, генетической этиологии. Для заболевания характерно наличие двух видов психических расстройств — первые (негативные) связаны со специфическими изменениями мышления, поведения и личности в целом. По мере течения заболевания психика ребенка все более разлагается, более отчетливо проявляется диссоциация всех психических процессов и, прежде всего, мышления, нарастают изменения личности по типу аутизма и эмоционального снижения и нарушения психической активности.

Вторая группа симптомов (позитивные) проявляется в виде особых бредаподобных фантазий, иногда с галлюцинациями и

107 так называемыми псевдогаллюцинациями, характерными для детей раннего возраста.

Нарастает стереотипность в поведении, возникают своеобразные бредаподобные деперсонализации, когда ребенок перевоплощается в образы своих сверхценных фантазий и увлечений. Первые признаки заболевания обычно относятся к дошкольному возрасту: проявления аутизма сочетаются с различными психопатологическими расстройствами: страхами, навязчивыми действиями, часто возникает образное патологическое фантазирование с визуализацией представлений. Реже наблюдаются аффективно-бредовые состояния, ипохондрические расстройства и др.

При ранней детской шизофрении преобладает тип непрерывного течения. При этом часто бывает трудно определить начало заболевания, так как шизофрения возникает обычно на фоне аутизма.

Необходимо отметить основные различия РДА как особой формы психического дизонтогенеза и синдрома аутизма при описанных выше психоневрологических заболеваниях и детской шизофрении. В первом случае имеет место своеобразный асинхронный тип психического развития, клиническая симптоматика видоизменяется в зависимости от возраста. Во втором случае особенности психического развития ребенка определяются характером основного заболевания и проявляются в виде олигофрении различной степени тяжести или шизофренической деменции. Аутистические проявления у детей с различными нервно-психическими заболеваниями чаще имеют временный характер и видоизменения в зависимости от основного заболевания.

Это же относится и к аутистическим проявлениям у детей с хроническими неврологическими и соматическими заболеваниями. Вынужденное длительное одиночество, в результате хронического физического заболевания или обездвиженности, как это имеет место у детей с церебральными параличами, может приводить к формированию аутистического склада личности.

Глава 6. Некоторые показатели готовности к обучению детей с особыми проблемами развития  
Формирование готовности к школьному обучению у ребенка в значительной степени связано с развитием его нервно-психических функций, что, в свою очередь, обусловлено созреванием

108

организма и, прежде всего, ЦНС. Вместе с тем, известно, что созревание тех или иных функций ускоряется в процессе активного функционирования ЦНС. Обучение и активная умственная деятельность ребенка в обучении являются мощными факторами, ускоряющими биологический процесс созревания ЦНС.

Обучаемость рассматривается как восприимчивость к обучению, к дозированной помощи, возможность к обобщению, построению ориентировочной основы деятельности (Б.Г.Ананьев, Н.А.Менчинская, З.И.Калмыкова, А.Я.Иванова, С.Л.Рубинштейн, П.Я.Гальперин, Н.Ф.Талызина).

Важное значение имеет не только интеллектуальная, но и личностная и социально-психологическая готовность к обучению. Среди этих параметров важно учитывать волевую готовность ребенка к школе.

У.В.Ульенкова разработала специальные диагностические критерии готовности к обучению детей шестилетнего возраста с задержкой психического развития. Среди этих параметров выделены следующие структурные компоненты учебной деятельности:

ориентировочно-мотивационные;

операционные;

регуляторные.

На основании этих параметров автором была разработана уровневая оценка сформированности общей способности к учению детей с ЗПР. Эта оценка проводилась в процессе диагностического обучения, которое включало ряд заданий, типа выкладывания елочки из геометрических фигур, рисования флажков по образцу, а также выполнения заданий по вербальной инструкции взрослого.

Автор выявила принципиальные различия в выполнении этих заданий нормально развивающимися дошкольниками и детьми ЗПР. Нормально развивающийся дошкольник в процессе выполнения этих заданий легко обучался работать по заданию взрослого, контролировать свои действия, адекватно оценивать свои успехи и неудачи.

У шестилетних детей с ЗПР была выявлена более низкая способность к обучению, отсутствие интереса к занятию по заданию, отсутствие саморегуляции и контроля, а также критического отношения к результатам своей деятельности. У этих детей отсутствовали такие важные показатели готовности к обучению как:

несформированность относительно устойчивого отношения к познавательной деятельности;

109 недостаточность самоконтроля на всех этапах выполнения задания;

отсутствие речевой саморегуляции.

С.Г.Шевченко было показано, что неготовность детей с ЗПР к обучению находит свое отражение в несформированности сюжетно-ролевых игр и представлений об окружающем мире.

Важным показателем готовности детей к обучению грамоте считается ориентировка их в речевой деятельности (Р.Д.Три-гер). На основе совершенствования сенсорного языкового опыта ребенок должен овладеть элементарными навыками звукового анализа, он должен уметь последовательно вычленять звуки из слов, устанавливать их последовательность и место в слове.

Важное значение для обучения детей с особыми проблемами развития имеет их готовность к усвоению счета. Для этого прежде всего важно научить детей выполнять различные классификации и группировки предметов по существенным признакам, активизировать мыслительные операции, развивать пространственные представления.

Показателем готовности к усвоению счета у детей является возможность правильного восприятия цифровых обозначений в пределах первого десятка, умения пересчета предметов, в том числе и в конфликтных условиях (например, предъявление предметов разного цвета или разного размера, возможности пересчета предметов с предварительной их сортировкой). Особо важное значение имеет сформированность понятия о числе, т.е. ребенок воспринимает цифровые обозначения в пределах 10 и вербализирует их.

Кроме того, он должен владеть формальными операциями: *больше, меньше, равно*. Ребенок также должен уметь сравнивать количество предметов, независимо от их формы и величины. Отвлекаясь от цвета и величины, он должен правильно отвечать на вопрос *Сколько?* Важное значение имеют:

оценка готовности руки к письму, т.е. возможности правильного захвата карандаша или ручки и движения руки слева направо под контролем зрения;

развитие функции активного внимания и памяти. Диагностика готовности ребенка к школьному обучению также важна. Существуют различные подходы к проведению этой диагностики. В последние годы в Институте коррекционной педагогики разработан психодиагностический комплекс, включающий три методики:

**110** методика исследования особенностей прогностической деятельности («Угадайка»), созданная Л.И.Переслени и В.Л.Подобедом;

цветные прогрессивные матрицы Дж. Равека в модификации Т.В.Розановой;

методика диагностики словесно-логического мышления, разработанная Э.Ф.Замбацкаявичене по принципу, использованному Р.Амтхауэром и модифицированная Л.И.Переслени и Е.М.Мастюковой, прошедшая экспериментальную проверку (Л.И.Переслени, Е.М.Мастюкова, Л.Ф.Чупров, 1989, 1990).

Эта методика предназначена для диагностики прогностической деятельности, которая, сама по себе, является важным нейропсихологическим показателем готовности ребенка к обучению, с учетом особенностей развития внимания, памяти и мышления.

Методический материал состоит из трех наборов карточек размером 44 см с написанными на одной стороне печатными буквами А или Б (размер букв — 2—2,5 см). С лицевой и оборотной стороны карточек мелкими цифрами отмечен порядковый номер карточки (нумерация карточек в каждом наборе начинается с единицы).

Детский вариант методики ориентирован на возраст детей от 6 лет. Первый набор имеет 20 карточек с последовательностью АБАБ..., повторяющейся в 10 циклах; второй набор — 60 карточек с последовательностью ББАА..., повторяющейся в 15 циклах; третий набор — 60 карточек с последовательностью АББ..., повторяющейся в 20 циклах.

Ход исследования

Перед предъявлением первого набора ребенку показывают две карточки с написанными на них буквами А и Б и перед предъявлением первого набора дается следующая инструкция: *Здесь у меня только такие карточки, смотри А и Б, других у меня нет. Твоя задача угадать, в каком порядке следуют буквы здесь.* (Экспериментатор указывает не первую стопку карточек). *Все твои ошибки я буду записывать. Итак, начали! Какая сейчас будет буква?*

После того, как ребенок назовет букву, взрослый переворачивает карточку и показывает букву ребенку, чтобы он увидел правильно ли выполнил задание. Подобная процедура повторяется до конца набора. Отработанные карточки складываются

**111** в стопку изображением вниз. Одновременно в протоколе записываются номера карточек, в угадывании которых допущена ошибка. Минимальное количество предъявленных карточек — 12.

По окончании первого набора экспериментатор одобряет действия ребенка, обращает его внимание на то, что в следующем задании порядок расположения карточек будет изменен, затем таким же способом предъявляется второй набор. Ошибки фиксируются в протоколе тем же способом.

Инструкция перед предъявлением второго набора: *Здесь у меня те же самые буквы, только лежат они в другом порядке. Твоя задача угадать, в каком порядке они идут и сделать как можно меньше ошибок. Все ошибки я буду записывать. Начали! Какая сейчас будет буква?*

Обследуемый представляет второй набор, складывая отработанные карточки изображениями вниз в отдельную стопку, записывая также номера карточек, предсказания которых были неправильными.

По окончании предъявления второго набора, без предупреждения об изменении порядка чередования букв, но стимулируя его работать как можно внимательнее, предъявляется третий набор.



Инструкция: *Угадай, а сейчас?*

Ребенку предъявляется третий набор, отработанные карточки складываются в третью стопку.

Инструкция по окончании предъявления всех трех наборов: *А сейчас, вспомни, пожалуйста, как чередовались буквы в первом наборе?* Ребенку при этом показывается стопка карточек первого набора.

Ответ ребенка записывается в протоколе. После этого ребенку задается вопрос: *А сейчас вспомни, как чередовались буквы во втором наборе?* Также записывается ответ. Та же процедура повторяется и с третьим набором. При анализе результатов учитываются качественные и количественные показатели. Основными показателями являются: количество ошибок и стратегия прогнозирования.

Количество ошибок от 0 до 12 расценивается как быстро формирующийся прогноз; от 12 до 17 — медленно формирующийся прогноз.

Практика показывает, что данная методика, наряду с другими методами обследования, является полезной для оценки готовности к школьному обучению.

112

Психодиагностика словесно-логического мышления включает четыре субтеста.

Первый субтест направлен на выявление уровня общей осведомленности об окружающем и способности выделять существенные признаки предметов и явлений окружающей действительности.

С помощью второго субтеста выявляется сформированность понятий.

Третий субтест направлен на оценку сформированности логического мышления и четвертый на сформированность обобщения. Методика рассчитана на детей в возрасте от 7 лет. Обследование всегда проводится индивидуально; время обследования не ограничено. Все задания читаются вслух экспериментатором.

Первый субтест

1. У сапога всегда есть...

шнурок, пряжка, подошва, ремешки, пуговицы

2. В теплых краях живет... *медведь, олень, волк, верблюд, пингвин*

3. В году...

*24мес, 8 мес, 12 мес, 4мес, 7 мес.*

4. Месяц зимы...

*сентябрь, октябрь, февраль, ноябрь, март...*

5. В нашей стране не живет...

6. Отец старше своего сына... *часто, всегда, никогда, редко, иногда*

7. Время суток...

*год, месяц, неделя, день, понедельник*

8. У дерева всегда есть... *листья, цветы, плоды, корень, тень*

9. Время года...

*август, осень, суббота, утро, каникулы*

10. Пассажирский транспорт...

комбайн, самосвал, автобус, экскаватор, тепловоз

Второй субтест

Задача: выделение неподходящего слова.

1. Тюльпан, лилия, фасоль, ромашка, фиалка.

2. Река, озеро, море, мост, пруд.

1133. Кукла, прыгалки, песок, мяч, юла.

4. Стол, ковер, кресло, кровать, табурет.

5. Тополь, береза, орешник, липа, осина.

6. Курица, петух, орел, гусь, индюк.

7. Окружность, треугольник, четырехугольник, указка, квадрат.

8. Саша, Витя, Стасик, Петров, Коля.

9. Число, деление, сложение, вычитание, умножение

10. Веселый, быстрый, грустный, вкусный, осторожный.

Третий субтест

1. Огурец

Гвоздика

овощ сорняк, роса, садик, цветок, земля

2. Огород

Сад

морковь забор, грибы, яблоня, колодец, скамейка

3. Учитель

Врач

ученик очки, больница, палата, больной, лекарство

4. Цветок

Птица

ваза клюв, чайка, гнездо, перья, хвост

5. Перчатка

Сапог

рука чулки, подошва, кожа, нога, щетка

- |                  |   |                                       |
|------------------|---|---------------------------------------|
| 6. <u>Темный</u> | <u>Мокрый</u>                                 |                                       |
| светлый          | солнечный, скользкий, сухой, теплый, холодный |                                       |
| 7. <u>Часы</u>   | <u>Градусник</u>                              |                                       |
| время            | стекло, больной, кровать, температура, врач   |                                       |
| 8. <u>Машина</u> | <u>Лодка</u>                                  | мотор река, маяк, парус, волна, берег |
| 9. <u>Стол</u>   | <u>Пол</u>                                    |                                       |
| скатерть         | мебель, ковер, пыль, доски, гвозди.           |                                       |
| 10. <u>Стол</u>  | <u>Игла</u>                                   |                                       |
| деревянный       | острая, тонкая, блестящая, короткая, стальная |                                       |
- Четвертый субтест
1. Окунь, карась...
  2. Метла, лопата...
  3. Лето, зима...
  4. Огурец, помидор...
  5. Сирень, орешник..
  6. Шкаф, диван...
  7. Июнь, июль...
  8. Слон, муравей...
- 114
9. День, ночь...
  10. Дерево, цветок...

Все указанные пробы правильно выполняются 95% и более нормально развивающимися сверстниками-первоклассниками.

Если ребенок не выполняет задания, то это может указывать на несформированность словесно-логического мышления.

При оценке полученных данных важно учитывать особенности речевого развития, наличие или отсутствие слухо-речевых дефектов.

Кроме представленных заданий, важное значение для диагностики готовности к школьному обучению имеют и многие другие, например, классификация объектов по двум признакам. С этой целью может быть предложена методика, представляющая собой модификацию лото В.М.Коганова<sup>1</sup>.

Ребенку предлагается таблица, расчерченная на квадраты, в вертикальном ряду которой обозначены выпуклые неокрашенные геометрические формы (круг, квадрат, треугольник, прямоугольник, ромб, трапеция), а в горизонтальном — бесформенные цветные мазки 7 цветов.

Предлагается также набор геометрических фигур всех перечисленных форм и цветов, размер фигур соответствует размеру образцов фигур вертикального ряда.

Одновременно с раскладкой первых трех фигур дается инструкция: *Найди место для каждой фигурки так, чтобы у каждой фигурки был свой цветной домик.*

Взрослый раскладывает первые три карточки и предлагает ребенку продолжить выполнение задания.

Если ребенок испытывает трудности, ему оказываются различные виды помощи, которые учитываются при оценке результатов выполнения задания. Помощь может быть оказана в виде объяснения принципа классификации, показа правильного выполнения задания и сочетания объяснения принципа действия и показа. Считается, что задание доступно детям в возрасте от 5 лет. Дети 7 лет, готовые к школьному обучению, обычно не испытывают никаких трудностей в выполнении этого задания.

При оценке выполнения заданий, направленных на определение готовности к школьному обучению важно отметить осо-

<sup>1</sup> Усанова О.Н. Специальная психология. Система психологического изучения аномальных детей. — М., 1990. — С. 133 — 135.

115бенности основных структурных компонентов мыслительной деятельности ребенка. Прежде всего нужно обратить внимание на то, как ребенок принимает задание.

Анализ принятия задачи, поставленной перед ребенком, позволяет оценить мотивацию и процессы регуляции целенаправленной деятельности, что является важным при предъявлении всех заданий. Если ребенок недостаточно принимает поставленные перед ним задачи, то это может быть связано с целым рядом факторов. Прежде всего это может иметь место при инфантилизме за счет незрелости регуляторных механизмов, недостаточности внимания. У детей с речевыми нарушениями это может быть связано как с недостаточностью регулирующей функции речи, так и с затруднениями в понимании инструкции.

Кроме оценки принятия задания, необходимо отметить специфику его выполнения, обратив особое внимание на возможность программирования собственной деятельности. При не-сформированности операций программирования ребенок обычно может самостоятельно выполнять лишь отдельные фрагменты задания. У него отсутствует план последовательных действий и для завершения задания необходима помощь взрослого. Такой тип выполнения заданий также характерен для детей с различными формами инфантилизма, а также для детей с аутизмом.

Выраженные нарушения деятельности характерны для детей с легкой мозговой дисфункцией, особенно при наличии у них гипертензионно-гидроцефального синдрома (повышения внутричерепного давления).

Оценка организации исполнительного компонента мышления имеет важное значение для диагностики.

Не менее важно оценить сформированность у ребенка функции контроля за собственной деятельностью. Известно, что одной из общих закономерностей аномального психического развития является недостаточность регуляторных процессов (В.И.Лубовский). Кроме того, недостаточность функции контроля может иметь место у детей с низкой умственной работоспособностью. В этих случаях число ошибок нарастает по мере продолжительности выполнения задания.

Таким образом, для диагностики важное значение имеет не только констатация выполнения или невыполнения задания, но и оценка динамики деятельности, целенаправленности, функции текущего контроля, а также использование различных видов дозированной помощи взрослого. Последний показатель является особенно важным для дифференциальной диагностики

116

различных видов нарушений мыслительной деятельности. Качественный анализ особенностей мыслительной деятельности имеет важное значение для решения вопроса о готовности ребенка к обучению.

Кроме того, готовность ребенка к обучению предполагает сохраненный фонематический слух, полноценную устную речь, сформированность пространственных представлений, достаточный уровень развития зрительно-моторной координации и «готовности руки к письму». Поэтому при оценке готовности ребенка к обучению важно оценить все эти параметры, а также выявить возможности слухового, слухо-артикуляторного анализа, т.е. возможности выделения и квалификации звука и перешифровки его на букву.

## Глава 7. Роль электроэнцефалографического

### исследования в оценке готовности

#### к школьному обучению

Данные электроэнцефалографического исследования как показатели готовности к школьному обучению многими авторами рассматриваются в соответствии латерализации функций<sup>1</sup>.

В настоящее время показано, что отклонения от нормальной латерализации (несовпадение доминантности по руке, ноге и глазу) наиболее часто наблюдаются у детей с трудностями обучения и нарушениями речевого развития.

Известно, что к 7-летнему возрасту имеет место уже достаточная зрелость кортикальных функций, что и составляет основу готовности ребенка к обучению. К этому же возрасту проявляется устойчивость основной ритмики на электроэнцефалограмме, появляется достаточно устойчивый альфа-ритм, регистрируемый в задних областях полушарий головного мозга. Электрофизиологические показатели отражают процесс созревания НЦС и обычно совпадают с данными, указывающими на психологическую готовность ребенка к обучению.

Электроэнцефалографическое обследование детей с завершенной и незавершенной латерализацией показало, что у

<sup>1</sup> Вятлева О.А., Пучинская Л.М., Сунгурова Т.А. Электроэнцефалографические показатели зрелости кортикальных областей в соотношении с латерализацией функций у детей 6—7 лет. — В кн.: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. — М: Прометей, 1991. — С. 18-30.

117правшей с правым ведущим глазом и полных левшей ЭЭГ соответствует возрастной норме. У детей же с незавершенной латерализацией и нормальным психическим развитием ЭЭГ имела не зрелый характер и не соответствовала возрастной норме. У этих детей в лобно-центральных областях наблюдалось преобладание тета-ритма<sup>1</sup>.

При обследовании детей с перинатальной энцефалопатией и общим недоразвитием речи выявлен значительно больший процент неправоруких по сравнению со здоровыми сверстниками<sup>2</sup>. Кроме того, у этих детей данные ЭЭГ существенно отличаются от ЭЭГ здоровых сверстников (Е.М.Мастюкова, 1978; О.А.Вятлева, Л.М.Пучинская, Т.А.Сунгурова, 1991 и др.).

Прежде всего обращало на себя внимание отсутствие или слабая выраженность альфа-ритма с преобладанием высокоамплитудной синхронизированной полиморфной, часто пароксизмальной активности, в которой в ряде случаев проявлялись эпи-лептиформные знаки.

У детей с тяжелыми нарушениями речи при ЭЭГ-обследовании выявляется задержка развития ассоциативных и речевых зон коры головного мозга, которая сочетается с неполной латерализацией функций.

Незавершенность латерализации кортикальных функций к началу школьного обучения характерна и для многих детей с ЗПР. В настоящее время установлено, что выявление незавершенной латерализации кортикальных функций с помощью ЭЭГ-исследования имеет важное значение в оценке готовности детей к обучению в школе. Особенно это касается детей с различными отклонениями в развитии.

При оценке готовности к обучению детей с тяжелыми нарушениями речи необходимо учитывать комплекс показателей, включающих клиническое и электроэнцефалографическое обследование, особенностями когнитивной деятельности. Речевой дефект всегда следует рассматривать в общей структуре психического развития ребенка и с учетом завершенной или незавершенной латерализации.

Таким образом, при оценке готовности к обучению детей с локальными двигательными или речевыми расстройствами важное значение имеет ЭЭГ-обследование в сочетании с оценкой доминантности данного ребенка. Для оценки доминантности

<sup>1</sup> Там же. <sup>1</sup> Там же.

118

разработаны целые серии специальных тестов. Прежде всего необходимо выяснить у родителей, считают ли они своего ребенка право- или леворуким, выяснить доминантность у родителей и наличие левшей среди ближайших родственников.

Затем поинтересоваться, какой рукой рисует и пишет ребенок, какой рукой он держит ложку, зубную щетку, ластик и т.п.

Кроме выявления латерализации корковых функций, ЭЭГ-обследование позволяет выявить общие и локальные изменения электроактивности мозга, которые имеют большое значение для диагностики и решения вопроса о готовности ребенка к обучению.

Так, особое внимание следует обратить на наличие эпилептиформной, пароксизмальной активности на ЭЭГ. В тех случаях, когда эпилептиформная активность на ЭЭГ регистрируется преимущественно в корковых речевых зонах левого полушария и у ребенка имеет место стойкое системное общее недоразвитие речи или более четко выражена сенсомоторная алалия, необходимо подумать об особом заболевании — синдроме Ландау—Клефнера. Синдром впервые описан в 1957 г. и характеризуется сочетанием эпилепсии с острой или менее острой сенсомоторной афазией или с алалией.

При афазии заболевание возникает остро, без видимой причины и проявляется в утрате возможности понимать обращенную речь и говорить. Судорожные приступы, в одних случаях, предшествуют афазии, в других — возникают через определенный срок после потери речи. Они могут также проявляться атипично, и их эпилептическая структура может быть определена лишь с помощью ЭЭГ. Речевой дефект отличается стойкостью и сочетается со специфическими нарушениями поведения и интеллекта. Дети часто отличаются двигательной расторможенностью, аффективной возбудимостью, расстройствами внимания. Многие из них проявляют стойкий речевой негативизм.

При алалии с первых лет жизни выявляется стойкое системное недоразвитие речи, сочетающееся с нарушениями поведения и умственной работоспособности. У ребенка в значительной степени нарушено коммуникативное поведение, в некоторых случаях оно напоминает нарушение поведения при активизме. Без электроэнцефалографического обследования такой ребенок может быть направлен в школу для детей с тяжелыми нарушениями речи. Однако, пребывание в школе ему противопоказано, так как это может усилить проявления судорожного синдрома. Такой ребенок обычно нуждается в индивидуальном

обучении на дому. Диагностика данного синдрома имеет важное значение для реабилитации этих детей, которая обязательно включает медикаментозное лечение и психолого-педагогическую коррекцию.

Электроэнцефалографическое обследование позволяет также диагностировать особую форму интеллектуальной недостаточности, сочетающейся с дефектами речи и аутистическим поведением — синдромом ломкой X-хромосомы.

Интенсивные исследования, проводимые в последние годы во многих странах, показали высокую частоту этого заболевания. В среднем, в общей популяции частота этого заболевания составляет 1:1350 — 1:1630. Заболевание преобладает у мальчиков.

Выявление детей с ломкой X-хромосомой имеет важное значение для своевременной психолого-педагогической коррекции и лечения. Для диагностики этого заболевания ведущее значение имеет электроэнцефалографическое обследование.

При электроэнцефалографическом обследовании имеют место своеобразные изменения, специфичные именно для этого заболевания. Они проявляются в виде преобладания полиморфной медленно-волновой активности в теменно-затылочных отделах коры головного мозга в сочетании со слабой выраженностью или отсутствием альфа-ритма.

Электроэнцефалографическое обследование имеет важное значение для дифференциации различных форм задержки психического развития, в частности, для разграничения осложненных и неосложненных ее форм с преобладанием дизонтогенетических или энцефалопатических ее форм.

При дизонтогенетических формах психического дизонтогенеза преобладает незрелость корковой ритмики, при энцефалопатических — имеет место сочетание незрелости корковой ритмики и признаков повреждения тех или иных мозговых структур.

Таким образом, электроэнцефалографические показатели, в сочетании с клиническими и психолого-педагогическими данными, имеют важное значение как в определении готовности к школьному обучению, так и для постановки клинического диагноза, определения школьного и социального прогноза. В этом аспекте особо важное значение имеет выявление с помощью ЭЭГ-обследования субклинической судорожной готовности. В этих случаях при отсутствии явного судорожного синдрома ребенок нуждается в специальном охранительном режиме, наблюдении, а часто и в специальном лечении. Такой ребенок,

120

даже при наличии психологической готовности к обучению, далеко не во всех случаях может быть направлен в школу. Решение вопроса о его обучении, нагрузке, режиме требует комплексного подхода специалистов.

## Глава 8. Что такое лечебная педагогика

*Лечебная педагогика* — это система лечебно-педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение, лечение и коррекцию различных отклонений в развитии, нервно-психических и соматических нарушений, которые могут привести к стойкой инвалидизации, школьной и социальной дезадаптации.

Лечебная педагогика — это комплексное воздействие на организм и личность ребенка. В ее задачи входит стимуляция умственного и физического развития, коррекция имеющихся отклонений в развитии (отставания в психическом развитии, поведении, речи, нарушения общения, моторики и других психомоторных функций) с целью всестороннего развития больного ребенка.

При проведении лечебно-педагогических мероприятий следует опираться на сохраненные функции и возможности ребенка.

Лечебная педагогика тесно связана с клинической медициной, в первую очередь, с педиатрией, с детской неврологией и психиатрией, а также психотерапией, возрастной физиологией.

Основные задачи лечебной педагогики заключаются в разработке специальных индивидуальных и групповых методов и программ, направленных на коррекцию нарушенных функций и стимуляцию психомоторики ребенка и эмоционально-личностное его развитие.

Важнейшей задачей лечебной педагогики является также психотерапевтическое воздействие на ребенка и его семью с разработкой индивидуализированных программ семейного воспитания, семейной психотерапии, адекватного, развивающего взаимодействия матери и ребенка.

На основе анализа структуры ведущих нарушений, обуславливающих отставание в развитии и дезадаптации ребенка к окружающей среде, лечебная педагогика решает как общие педагогические и общевоспитательные задачи, так и сугубо специфические-коррекционные, с учетом специфики аномального развития и индивидуальных особенностей ребенка и его семьи.

Главным принципом лечебной педагогики является тесная взаимосвязь лечебного и педагогического процессов.

121 Программа педагогической и воспитательной работы строится с учетом общепедагогических и общевоспитательных задач с использованием специфических педагогических приемов и методов, дифференцированных в зависимости от характера заболевания ребенка, специфики нарушенного развития, структуры ведущего нарушения, выраженности вторичных отклонений в развитии, общего уровня физического и умственного развития, возраста, степени социальной и педагогической запущенности и дезадаптации. Лечебно-коррекционное воздействие должно оказывать положительное влияние не только на ребенка, но и на его семью. Это особенно важно, так как хорошо известно, что в семье, в которой воспитывается больной ребенок, обычно создается особый психологический конфликт, особенно в тех случаях, когда члены семьи начинают ощущать безрезультатность или малую эффективность своих усилий, направленных на стимуляцию развития ребенка. Если же происходит еще и снижение социального статуса семьи, чаще матери, ухаживающей за больным ребенком, то семейный психологический конфликт может углубляться. В этих случаях необходима систематическая семейная психотерапия, одним из основных звеньев которой является обучение матери специальным коррекционным приемам и привлечение ее к работе как со своим ребенком под руководством психотерапевта и педагога-дефектолога, так и постепенно к работе с другими детьми в качестве помощника дефектолога.

Важным принципом лечебной педагогики является необходимость индивидуального подхода к каждому ребенку, с учетом наиболее сохраненных, «здоровых» нервно-психических функций и положительных свойств личности.

Важным принципом лечебной педагогики является «принцип соответствия». Это значит, что требования и нагрузки, предъявляемые больному ребенку, должны соответствовать состоянию его здоровья, его физическим и психическим возможностям. Только в этих условиях у ребенка может формироваться уверенность в собственных силах, эмоционально-положительное отношение к занятиям. Рекомендуется, чтобы на начальных этапах работы педагогические требования даже несколько отставали от психофизических возможностей ребенка, что будет способствовать повышению его эмоционального тонуса.

Важнейшей задачей лечебной педагогики является умственное воспитание ребенка, при этом особенно важно развивать умственные способности, а не только расширять объем знаний и представлений об окружающем.

122

Различают *общую* и *частную* лечебную педагогику. Частная лечебная педагогика основывается на специфике отдельных заболеваний и отклонений в психомоторном развитии.

В настоящее время роль лечебной педагогики в воспитании и подготовке к обучению детей с отклонениями в развитии резко возрастает. Это обусловлено как увеличением числа детей, нуждающихся в специальной лечебно-педагогической помощи, так и гуманизацией образования, обуславливающей необходимость создания специальных условий для возможности успешного обучения каждого ребенка, в том числе и детей с отклонениями в развитии, различными неврологическими, психическими и хроническими соматическими заболеваниями. Увеличивается число детей, которые без специальной подготовки с применением лечебно-педагогических мероприятий, не могут успешно начать обучение в школе. Условно они объединяются в *группу детей с особыми нуждами*. Среди них есть дети с задержкой психического развития, речевыми, сенсорными и двигательными дефектами, неконтактные дети, больные с хроническими соматическими заболеваниями и, в

том числе, с так называемым *врожденным иммунодефицитом*, когда ребенок при нормальном умственном развитии отличается резкой соматической ослабленностью и повышенной склонностью к различным заболеваниям внутренних органов. Многие из этих детей являются лежачими больными, и их обучение проводится либо на дому, либо в стационарных детских больницах.

Среди детей с особыми нуждами большую группу составляют дети с нервно-психическими заболеваниями и отклонениями в развитии. Это дети с задержкой психического развития, речевыми, сенсорными и двигательными дефектами, неконтактные дети, или дети с нарушениями общения, нарушениями поведения, больные психическими и неврологическими заболеваниями, такими как детская шизофрения, эпилепсия, миопатия и многими другими. *Особую группу* составляют дети со сложными нарушениями в развитии, у которых имеется несколько отклонений или заболеваний. Например, сочетание отставания в умственном развитии с нарушениями зрения, слуха, поведения, заболеваниями костно-мышечной системы или внутренних органов, эндокринными и другими расстройствами.

Большое значение для школьной и социальной адаптации этих детей имеет не только характер самого заболевания или вариант аномального развития, но и, прежде всего, время начала лечебно-коррекционных и развивающих мероприятий. В настоя-

щее время установлено, что рано начатые и проводимые систематически лечебно-коррекционные мероприятия и обучение могут в значительной степени способствовать более успешному развитию и социальной адаптации детей, в том числе и детей-инвалидов с наиболее тяжелыми отклонениями в развитии и заболеваниями.

Специфика проведения лечебно-коррекционных мероприятий в раннем возрасте, как в семье родителями, так и на специальных занятиях педагогами, психологами и логопедами является мало разработанной. Особенно это касается детей с хроническими соматическими заболеваниями, которые часто сочетаются с нервно-психическими расстройствами, а также детей с нарушениями общения (РДА), резко выраженными отклонениями в развитии и сложными, множественными дефектами.

Несмотря на наличие специфических трудностей развития и обучения у каждого из детей этих групп, у них выявляются и некоторые общие трудности и закономерности нарушенного нервно-психического развития. Это прежде всего низкая умственная работоспособность, недостаточность концентрации внимания, памяти, незрелость эмоционально-волевой сферы, эмоциональная неустойчивость, отставание в развитии речи, ограниченность запасов знаний и представлений об окружающем, недостаточность моторных функций, отставание в развитии пространственных представлений.

Для некоторых из них характерна аффективная возбудимость, двигательная расторможенность, для других, напротив, вялость, пассивность, недостаточная двигательная и психическая активность, безразличие к окружающему.

Для большинства этих детей характерна недостаточная выраженность познавательных интересов, нарушение и замедление приема и переработки сенсорной и речевой информации. К началу школьного обучения у многих этих детей рука «не готова» к письму.

Большие индивидуальные различия в специфике и степени выраженности указанных нарушений развития в значительной степени обусловлены характером и временем поражения ЦНС, спецификой психического, неврологического или соматического заболевания, а также генетически обусловленными особенностями органов ребенка.

Большое значение для дальнейшего развития ребенка с отклонениями в развитии имеет не только характер или вариант аномального развития, но и прежде всего время начала лечеб-

но-коррекционных и развивающих мероприятий. В настоящее время установлено, что рано начатые и проводимые систематические лечебно-педагогические коррекционные мероприятия, могут в значительной степени способствовать более успешному развитию и обучению ребенка. Это связано с тем, что именно в первые годы жизни мозг ребенка развивается наиболее интенсивно.

Кроме того, на ранних этапах развития дети легче усваивают двигательные, речевые и поведенческие стереотипы. Если же при отсутствии лечебно-педагогических и коррекционных мероприятий эти стереотипы изначально сформированы и закреплены неправильно, то впоследствии скорректировать их крайне сложно.

Лечебно-педагогическое воздействие предполагает как преодоление имеющихся отклонений в развитии, так и предупреждение возможных нарушений, связанных с перенапряжением нервной системы, а также различными психическими травмами, приводящими к возникновению особых болезненных состояний нервной системы, которые легко возникают у детей раннего и дошкольного возраста — неврозов. Чем младше ребенок, тем менее значительные раздражители могут привести к психической травме. Это определяет необходимость обучения родителей и педагогов правильному взаимодействию с ребенком раннего возраста в процессе его воспитания и обучения. Для этого необходимы специальные лечебно-педагогические коррекционно-развивающие программы взаимодействия матери и ребенка; педагога-корректора и ребенка.

До последнего времени многие дети с тяжелыми отклонениями в развитии рассматривались как необучаемые инвалиды, и родителям, в основном, рекомендовалось помещать их в учреждения социального обеспечения. В настоящее время положение изменилось. Разработка приемов и методов лечебной педагогики показывает

высокую их эффективность при раннем применении и особенно в тех случаях, когда активным участником проведения лечебно-педагогической работы становится мать, хорошо ориентированная не только в проблемах своего малыша, но и в основных коррекционных направлениях лечебной педагогики. Особое внимание мы обращаем на роль правильно организованного эмоционально-развивающего взаимодействия матери и ребенка и на стимуляцию в процессе этого взаимодействия его психического, речевого и моторного развития. Поэтому важно, чтобы мать больного ребенка овладела основами лечебно-

125 педагогической работы со своим малышом и проводила ее систематически в процессе эмоционального взаимодействия с ним. При проведении лечебно-педагогических и коррекционных мероприятий с детьми с отклонениями в развитии специалистам важно соблюдать следующие основные принципы.

1. Исходя из соблюдения прав ребенка, закрепленных в Конвенции о правах ребенка, максимально стремиться к реализации права на образование, направленное прежде всего на развитие личности, умственных и физических способностей, а также права ребенка с особыми нуждами на сохранение своей индивидуальности.

2. Включение в коррекционно-развивающие занятия всех, в том числе и самых тяжелых детей с множественными отклонениями в развитии, разрабатывая для каждого из них индивидуальную развивающую и коррекционную программу.

3. При оценке динамики продвижения ребенка не сравнивать его с другими детьми, а сравнивать с самим собой на предыдущем этапе развития.

4. Создавать для ребенка атмосферу доброжелательности, формировать чувство психологической безопасности, стремиться к безопасному принятию ребенка с пониманием специфики его трудностей и проблем развития.

5. Корректно и гуманно оценивая динамику продвижения ребенка реально представлять дальнейшие возможности развития и социальной адаптации.

6. Педагогический прогноз определять на основе углубленного понимания медицинского диагноза, но всегда с педагогическим оптимизмом, стремясь в каждом ребенке найти сохраняющиеся потенциальные возможности, положительные стороны его психического и личностного развития, на которые можно опереться в педагогической работе.

7. Ко всем детям и особенно физически ослабленным, легко возбудимым, неуравновешенным следует относиться спокойно, ровно, доброжелательно.

8. Разрабатывать для каждого ребенка совместно с врачом программу по рациональной организации, гигиене умственной и физической деятельности, направленной на предупреждение утомления.

9. Помнить, что признаками переутомления, наряду со снижением концентрации внимания, ухудшением двигательной координации, является нарушение сна. При переутомлении ребенок часто плохо засыпает или, наоборот, быстро засыпает, но

126

потом скоро просыпается и может не спать всю ночь. При переутомлении у ребенка усиливается нервное возбуждение, раздражительность, часто наблюдается слезливость, усиливаются все имеющиеся у него нарушения.

10. Каждого ребенка необходимо приучить к определенному режиму дня. Вся деятельность ребенка должна быть построена по определенному расписанию.

11. Весь персонал, работающий с ребенком должен соблюдать профессиональную этику. Диагноз и прогноз каждого ребенка должны быть предметом профессиональной тайны специалистов.

12. При проведении коррекционно-развивающего обучения и воспитания важно усиливать и развивать положительную уникальную неповторимость каждого ребенка, его индивидуальные способности и интересы.

13. Разрабатывать динамичную индивидуальную развивающую и коррекционную программу для каждого ребенка.

14. Стимулировать умственное и эмоциональное развитие с опорой на психическое состояние радости, спокойствия, раскованности.

15. Постепенно, но систематически включать ребенка в самооценивание своей работы.

16. Терпеливо обучать ребенка делать перенос сложившегося способа действия в сходные условия, переключаться с одного способа действия на другой, при выполнении каждого задания стимулировать творчество и изобретательность.

При разработке специальной методики дошкольного и дошкольного воспитания и обучения опираться на общие и специфические закономерности возрастного развития как в норме, так и при отклонениях в развитии.

Соблюдать основные принципы методического подхода к воспитанию и обучению: создавать специальные условия для обеспечения мотивационной стороны деятельности, осуществлять коммуникативную направленность обучения, строго индивидуализировать обучение, всесторонне развивать у ребенка все продуктивные виды деятельности: рисование, лепку, ручной труд, аппликации и т.п.

В коррекционной работе использовать особые приемы и методики с опорой на различные виды деятельности: предметно-практическую, игровую, элементарную трудовую, все виды продуктивной деятельности, но основное внимание уделять игре как ведущей деятельности этого возрастного этапа развития. При

127

проведении лечебно-педагогической работы в дошкольном и дошкольном возрасте необходимо научно-практическое обоснование каждого вида занятий в зависимости от индивидуально-личностных, эмоциональных и интеллектуальных возможностей и особенностей данного ребенка: индивидуальных, подгрупповых, фронтальных, а также дифференцированного использования различных игр: дидактических, сюжетно-ролевых, игр-инсценировок, музыкально-ритмических и др.

Правильное воспитание ребенка с отклонениями в развитии возможно только в том случае, если родители и педагоги понимают правильно его проблемы и при этом семья и особенно мать сохраняют душевное равновесие. Только такая мать становится активным помощником педагогу и прежде всего своему малышу. Она старается как можно лучше понять проблемы своего ребенка, внимательно прислушивается к советам специалистов. Такая мать часто ведет дневник наблюдений за своим малышом. Ведение дневника очень важно не только для родителей, но и для специалистов, наблюдающих ребенка.

Необходимым условием правильного воспитания и наиболее благоприятного развития больного ребенка является адекватное отношение близких к его состоянию. Поэтому родители, имеющие детей с отклонениями в развитии, нуждаются в квалифицированной помощи специалистов, моральной поддержке окружающих.

Для развития здорового и особенно больного ребенка большое значение имеет его общение с матерью, в ходе которого у ребенка формируется эмоционально-коммуникативное поведение, имеющее важное значение для всего дальнейшего психического развития.

Мы уже отмечали, что стресс матери, возникающий при рождении больного ребенка, мешает установлению нормальных взаимоотношений со своим малышом. Такая мать скована, напряжена, она редко улыбается, крайне непоследовательна и неровна в обращении с малышом. В результате в этой ситуации не только затруднено проведение лечебно-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию имеющихся нарушений и отклонений в развитии, но у ребенка еще и формируются вторичные невротические реакции, он растет нервным, возбудимым, у него в еще большей степени проявляется отставание в развитии, особенно задерживается развитие речи.

Для того, чтобы родители могли быть хорошими помощниками педагогу, важно, чтобы они не замыкались в своем горе,

128

а, оставаясь активными членами общества, постепенно вводили в него и ребенка, постоянно расширяли его контакты с окружающим миром. Важно, чтобы больной ребенок не чувствовал своей исключительности или обделенности. Также необходимо, чтобы и мать не чувствовала себя виноватой или неполноценной, оставалась привлекательной и общительной, сохраняла свои интересы и увлечения, знакомых и друзей. Ни в коем случае не должны быть ущемлены и интересы здоровых братьев и сестер больного ребенка. Нередко здоровому ребенку в таких семьях уделяют мало внимания, требуют, чтобы он всегда уступал больному, не жаловался на его неадекватные поступки. Все это неблагоприятно отражается на развитии личности как больного, так и здорового ребенка, а также на психологическом климате семьи.

Совершенно недопустима и раздражительность взрослых по отношению к больному ребенку. Нельзя допускать, чтобы родители по пустякам кричали на ребенка, несправедливо наказывали его, ставя при этом в пример здорового брата или сестру и не учитывая при этом ограниченные возможности больного малыша.

При воспитании ребенка с отклонениями в развитии очень важно своевременно развивать у него навыки самообслуживания, включать его в жизнедеятельность семьи.

Родители больного ребенка должны быть в своей семье не только специалистами по лечебной педагогике, но и психотерапевтами. Создать нормальную психологическую обстановку в каждой семье, имеющей ребенка с отклонениями в развитии, помогают объединения родителей в ассоциации. В настоящее время во всем мире, в том числе и в нашей стране, расширяется сеть ассоциаций родителей детей с отклонениями в развитии.

Лечебно-педагогическая и коррекционная работа с ребенком, имеющим отклонение в развитии — нелегкая задача. Очень важно, чтобы родители и педагоги относились к нему естественно, каков бы ни был у него дефект.

Таким образом, успех лечебно-педагогических и коррекционных мероприятий зависит от возможности правильной совместной работы педагога-дефектолога, логопеда, врача, психолога и родителей.

Важной составной частью лечебно-педагогических мероприятий является раннее восстановительное и стимулирующее развитие лечение. Раннее применение специального лечения стимулирует развитие и способствует предупреждению необратимых

129 изменений в нервной, мышечной и костной системах. Многие дети с отклонениями в развитии нуждаются в раннем комплексном лечении, в котором участвуют специалисты разного профиля: педиатр, детский невропатолог, детский психиатр, ортопед, врач или методист лечебной гимнастики. Часто необходима также консультация и лечение окулиста, сурдолога, эндокринолога, врача-генетика.

Особенно важное значение имеет специализированный уход и лечение в первые годы жизни, когда происходит наиболее интенсивное развитие мозга ребенка.

Большую роль в лечении ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии играют родители. Они должны прежде всего представлять, что лечение ребенка с поражением нервной системы и отклонениями в развитии — это длительный процесс, который должен осуществляться в тесной взаимосвязи с проведением специальных



педагогических занятий, логопедической работы, занятий лечебной физкультурой. Мать необходимо научить специальным навыкам ухода за ребенком с учетом специфики его заболевания, основным приемам массажа, лечебной гимнастики, правилам ортопедического режима, приемам речевой терапии. 130