

«Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. Библиотека журнала» Выпуск 19

II полугодие 2004 г.

**СМИ зарегистрировано МПТР РФ,
свид. о рег. ПИ № 11714 от 30.01.02 г.**

Дробинская А.О.

Ребенок с задержкой психического развития: понять, чтобы помочь. – М.: Школьная Пресса, 2005. – 96 с./Серия: В помощь специалисту. («Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. Библиотека журнала»; Вып. 19.)

В пособии излагаются современные подходы к комплексной диагностике и коррекции индивидуальных недостатков в развитии детей, испытывающих стойкие трудности в обучении.

Пособие поможет специалистам понять структуру возникающих у ребенка трудностей в обучении и школьной адаптации, определить стратегию индивидуализированной психолого-педагогической и медикаментозной помощи.

Пособие ориентировано на учителей начальных и коррекционных классов общеобразовательных школ, коррекционных учреждений VII вида для детей с ЗПР, психологов, дефектологов, логопедов, специалистов ПМПК. Оно полезно также студентам педагогических, психологических, дефектологических факультетов университетов.

1. ЗНАКОМЬТЕСЬ: НАШ ГЕРОЙ...

Игорь начал обучение в школе в 7 лет 3 мес. До этого он посещал детский сад, где, по мнению родителей, «ничем не отличался от других детей». От замечаний воспитателя по поводу того, что мальчик много отвлекается на занятиях, часто не успевает выполнить предложенное задание по лепке или рисованию, конфликтует с другими детьми, так как не всегда следует установленным правилам игры, родители отмахивались: «Просто он у нас шустрый, надо бы с ним позаниматься, да все руки не доходят...». Дома больших проблем с Игорем не возникало, так как мальчик большую часть времени находился с бабушкой, которая очень любила внука и была готова выполнять все его желания, «лишь бы ему было хорошо».

В школу Игорь пошел охотно, полный радостных ожиданий: ему купили новый костюмчик, ранец, очень понравившийся ему пенал, с которым он не хотел расставаться даже в постели. Первого сентября вся семья отправилась провожать Игоря в школу, его много фотографировали, а потом повели в «Макдональдс». Однако через несколько дней ребенок сник. Постоянный праздник, которым он представлял себе школьную жизнь, превратился в рутинные будни — ежедневные уроки, во время которых надо было что-то слушать, делать, нельзя было ходить по классу и разговаривать с другими детьми, утомляли его, вызывали чувство скуки и желание заняться чем-нибудь более интересным. Иногда Игорь забывал те правила поведения на уроке, которые объяснила им учительница, и вскакивал из-за парты, чтобы получше рассмотреть понравившуюся ручку своего приятеля или чтобы выглянуть в окно, за которым раздавался громкий и непонятный звук; порой ему очень хотелось обсудить с соседом по парте новый мультик, и он надеялся, что учительница ничего не услышит; и только иногда он не против бы был принять участие в общей «игре» в классе, когда все дети поднимали руки и что-нибудь говорили, а учительница их хвалила. Однако похвалы ему не доставалось: говорил он не то, чего хотела учительница, или вообще к тому моменту, когда его спрашивали, забывал, что хотел сказать, и терялся, и «внеурочные» разговоры одобрения учительницы тоже не вызывали. Еще нужно было писать то, что

говорила и показывала учительница — это было неинтересно, в тетрадях получалась грязь, буквы выползали из строчек, такое не только нельзя было никому показывать, но и самому смотреть не хотелось. К тому же привыкший к постоянной опеке бабушки, мальчик плохо умел ориентироваться в своих вещах, и его ручки и тетради терялись и путались, из-за чего он не успевал вслушаться и понять, о чем говорит учительница. Выполнение домашних заданий отнимало у Игоря по нескольку часов, так как он всеми способами оттягивал «нелюбимое дело», постоянно отвлекался, даже когда бабушка сидела рядом с ним, потом стремился сделать все как можно быстрее, из-за чего часто приходилось переделывать уже выполненное. Попытки взрослых улучшить результаты путем переделывания «пока не будет хорошо», сконцентрировать внимание мальчика на выполнении уроков, не давая ему «улизнуть» с помощью отговорок, приводят к тому, что Игорь становится вялым, бездеятельным, постоянно ждет или требует помощи, жалуется на усталость или головную боль и оживает только тогда, когда можно вновь приступить к игре. В последнее время Игорь стал жаловаться, что он не хочет ходить в школу, потому что там «неинтересно», у него появились тики — подергивание век, он стал хуже спать. Родители решили побеседовать с учительницей, так как, с их точки зрения, основная причина «скуки» на занятиях заключалась в том, что к началу обучения мальчик уже знал буквы и умел считать.

Разговор с учительницей показал, что она тоже обеспокоена поведением и успеваемостью ребенка. С первых же дней пребывания в школе выявилась его неподготовленность к обучению: отсутствие интереса к школьным занятиям, неумение выполнять инструкцию учителя, обращенную ко всему классу в целом во время фронтальной работы на уроке, недисциплинированность. Он не понимает школьной ситуации, ходит во время урока по классной комнате, играет с учебными принадлежностями, задает неуместные вопросы. К занятиям приступает крайне неохотно, может сосредоточиться на них лишь на короткое время, и то с помощью педагога. Основная трудность, с которой столкнулась учительница Игоря, — это неумение ребенка включиться в общую работу: он может игнорировать предложенное учителем задание, не пытается его выполнить, задает вопросы, не имеющие отношения к заданию. Работа Игоря в классе затруднена также тем, что

он не способен адекватно «просеивать» поступающие извне сигналы и раздражители на существенные и не существенные для той деятельности, которой он в данный момент занимается. В результате мальчик постоянно отвлекается на посторонние шумы, звуки, образы, это затрудняет выполнение заданий, требующих умения сосредоточиться. Большие трудности при выполнении заданий обусловлены недостаточно развитой координацией движений кистей и пальцев рук — ребенку трудно писать, рисовать, он не успевает за одноклассниками и быстро устает. Кроме того, он не умеет анализировать свою работу, оценивать ее, делает много ошибок и не замечает их даже при проверке. Особенно беспокоит учительницу поведение Игоря: вполне добродушный по характеру мальчик, он настолько «неправильно» ведет себя в классе, что мешает другим детям. В то же время на индивидуальных занятиях, оставшись один на один с учительницей и получая дополнительные объяснения и небольшую помощь, Игорь оказывается способен справиться с большинством учебных заданий. В играх с одноклассниками он активен, хотя на роль лидера не претендует, с удовольствием участвует в ролевых играх, но не всегда выполняет принятые правила. Беспечность, добродушие и оживленность сочетаются у него с наивностью и подчиняемостью, некоторые мальчики уже поняли это и начали использовать его «на посылках», пренебрежительно к нему относиться. Больше всего тревожит учительницу то, что все чаще она стала замечать у Игоря подавленное настроение и все реже — интерес к происходящему на уроке, все меньше — желание постараться и хорошо выполнить задание. «В общем, он славный мальчуган, — говорит она, — но какой-то не школьник, что ли. Не сказать, чтобы глупый, однако работать, как все в классе, он точно не может. И сам устает, огорчается, что все плохо, и другим мешает, отвлекает, не дает сосредоточиться. А главное, он ведь уже за первую четверть от всех успел отстать, а что же дальше будет?»

Для решения вопроса о том, как помочь ребенку, учительница посоветовала родителям обратиться в психолого-медико-педагогическую консультацию. Специалисты консультации обратили внимание, прежде всего на физиологическую незрелость мальчика: он выглядел несколько младше своего возраста и по особенностям поведения производил впечатление дошкольника. При расспросе

родителей выяснилось, что рожден Игорь с негрубыми признаками недоношенности и функциональной незрелости, с маленьким весом (2 кг 300 г). Раннее развитие проходило относительно благополучно, за исключением легкого отставания в прибавке веса и в овладении моторными и речевыми навыками. Особого беспокойства это у родителей не вызывало, так как они считали, что Игорь немного младше своего «официального» возраста. При неврологическом исследовании были отмечены легкие признаки мозговой дисфункции: неустойчивость мышечного тонуса, нечеткость и недостаточная скоординированность движений рук и глазодвигательных реакций, повышенная возбудимость и истощаемость рефлексов, неустойчивость сосудистого тонуса. Ультразвуковое исследование внутричерепного давления (ЭхоЭГ) показало негрубые признаки его повышения, а электроэнцефалография (регистрация биоэлектрической активности коры головного мозга) выявила несоответствие развития функциональной активности коры головного мозга и регуляторных структур возрастным нормам.

В результате психологического исследования выяснилось, что мышление мальчика не было грубо нарушено, хотя в процессе выполнения предложенной работы он часто отвлекался, не всегда сосредоточивался, нуждался в дополнительной помощи для организации своей деятельности, активнее принимал участие в заданиях, представленных в игровой форме, и успешнее их выполнял. Игорю хорошо давались задания по классификации, сравнению понятий, выделению «четвертого лишнего», однако он нередко испытывал трудности в словесном оформлении своих ответов. У него были достаточно развиты зрительное восприятие, пространственные представления. Мальчик с трудом справился с пересказом простого рассказа, фрагментарно описал сюжетную картинку, составление рассказа по серии последовательных картинок выполнил только с помощью психолога: смог выделить на картинках существенные детали, определяющие последовательность событий, и установить «ход событий». Задания, требующие поэтапного планирования своей деятельности и самоконтроля, вызывали у Игоря самые большие затруднения, он справлялся с ними лишь при активной помощи психолога. Так как смысловая сторона заданий в

большинстве случаев была ему вполне доступна, это позволило при организующей помощи справиться с ними.

«Задержка психического развития. Необходимо коррекционно-развивающее обучение» — констатируют специалисты в случаях, подобных описанному. «Он что у нас, совсем отсталый? Или больной?» - пугается мама. «Говорил я, строже воспитывать надо. Избаловали пацана до невозможности, вот вам и результат...», — мрачно комментирует отец. «Это все школа виновата — требуют от детей невесть чего, заучили совсем», — огорчается бабушка. «А мне что с ним дальше делать, как его учить? У меня ведь их еще 32 в классе, каждый со своим характером», — спрашивает учительница. Действительно, что это за «болезнь» — ЗПР, и как можно помочь ребенку, который не справляется с требованиями, предъявляемыми его сверстникам?

Школьные трудности возникают у многих. Но для всех ли они одинаковы? К сожалению, в последние десятилетия все чаще приходится слышать и убеждаться на практике, что традиционная система обучения в общеобразовательной школе по многим параметрам не соответствует психофизиологическим особенностям младших школьников. В особенно сложной ситуации оказываются дети, не блестящие абсолютным здоровьем, не подготовленные к школьному обучению, имеющие какие-либо специфические психофизиологические особенности, — дети, которых ожидают в «массовой» школе большие трудности. И все же большая часть этих детей, правда ценой издержек разной степени, в том числе и в здоровье, кое-как справляется с возникающими трудностями и осваивает предлагаемую программу обучения.

Почему же специалисты выделяют особую категорию детей — не «больных» в строгом смысле слова — в группу с особыми образовательными потребностями? Почему им недостаточно месяца, двух, может быть даже учебного полугодия, для того, чтобы «вписаться» в общий поток? Именно для этих детей, определяемых как дети с задержкой психического развития, разрабатывается система коррекционно-развивающего обучения (КРО), предполагающая специальную подготовку к усвоению наиболее сложных разделов программного материала и более детальную их проработку. Организация классов КРО в этой системе

предполагает меньшую наполняемость, индивидуальные и групповые общеразвивающие и коррекционные занятия, тесное взаимодействие и осуществление лечебно-оздоровительной, психологической и педагогической, в том числе и логопедической помощи.

2. ЧТО ЖЕ ЭТО ЗНАЧИТ: «ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ»?

Надо сказать, что дать определение понятию «задержка психического развития» не так просто, как может показаться на первый взгляд. Современные медицинские классификации не содержат такого понятия — ведь речь в данном случае идет не о психическом или неврологическом заболевании ребенка. Говорить о его умственной неполноценности, «отсталости» мы тоже не можем — психологическое исследование показывает, что при помощи взрослого, направляющего и организующего его деятельность, он не блестяще, но все-таки способен справиться с большинством предложенных ему заданий. И все же трудности, которые он испытывает, делают невозможным успешное обучение в «общем потоке», нарушают адаптацию к новым школьным условиям и требованиям, не дают почувствовать себя успешным, достойным, заслуживающим признания и уважения взрослых и сверстников.

Термин «задержка психического развития» означает отклонение, которое имеет и психолого-педагогические, и медицинские аспекты. По своей сути это понятие является психолого-педагогическим, хотя в основе его лежат более или менее выраженные нарушения нервно-психического либо соматического здоровья или особенности развития ребенка, которые не позволяют ему справиться с требованиями социальной среды, и прежде всего в ситуации обучения и адаптации к условиям детского сада или школы. Поэтому выделяется задержка психического развития по психолого-педагогическому критерию: несоответствию уровня развития психических функций тому уровню, который принят в качестве нормативного для детей того же возраста.

Ребенок с задержкой психического развития как бы соответствует по своему эмоциональному и умственному развитию младшему возрасту, однако это

соответствие является только внешним. Тщательное психологическое исследование познавательной деятельности такого ребенка показывает его специфические особенности, обусловленные, в первую очередь, снижением уровня развития восприятия, внимания, мышления, памяти, эмоционально-волевой регуляции, негрубыми недостатками речевого развития и моторной координации, низкой работоспособностью, слабым самоконтролем.

Изучение детей с задержкой психического развития интенсивно проводится в нашей стране начиная с 1960-х г., и уже тогда специалистам было очевидно, что одна констатация отставания не решит существующей проблемы. Большое внимание уделялось медицинскому аспекту проблемы: особенностям физиологического развития и нервной деятельности, которые приводят к запаздыванию или нарушению созревания психических функций. Пренебрежение этим аспектом лишает нас возможности понять биологические причины отклоняющегося развития и трудностей в обучении, а следовательно, и разработать адекватные способы их коррекции. «Подушкой для ленивой головы» называла диагноз «ЗПР» основоположница отечественной детской психиатрии Г.Е.Сухарева еще в середине прошлого века, сердясь на нерадивых коллег, ограничивающихся формальной констатацией отставания ребенка в психическом развитии. Такой «диагностике» она противопоставляла диагностику настоящую, включающую тщательный анализ факторов, обусловивших отставание. Исследования последних десятилетий оправдали ее высокие требования к специалистам при определении диагноза — ведь тщательный анализ причин тех или иных недостатков развития позволяет планировать, а затем и осуществлять эффективную комплексную помощь.

Для того чтобы определить содержание понятия «задержка психического развития», совершим небольшой исторический экскурс. Любая цивилизованная страна, охватывающая школьным образованием всех своих граждан, неизбежно сталкивается с проблемой детей со стойкими трудностями в обучении. Психологи, педагоги и врачи разных стран занимаются их изучением, причем в зависимости от подхода (медицинской или психолого-педагогической ориентации) используется

разная терминология, а содержание исследований концентрируется на разных аспектах проблемы.

В нашей стране научно-исследовательским институтом дефектологии АПН СССР были проведены крупномасштабные медико-психолого-педагогические исследования, направленные на изучение детей со стойкими трудностями в обучении. Результатом проведенных сравнительных исследований явились выделение и отграничение от других состояний особой категории учащихся — детей с задержкой психического развития (ЗПР). Было принято определение ЗПР как нарушение темпа всего психического развития при наличии значительных потенциальных возможностей развития ребенка при специальном его обучении. Установили, что ребенок с ЗПР способен овладеть цензовой школьной программой, но нуждается в организации адекватных условий обучения. Одним из таких условий можно считать комплексное участие специалистов разного профиля (клиницистов, нейрофизиологов, психологов, педагогов) в построении системы обучения для учеников с особыми образовательными потребностями.

На западе первым фундаментальным исследованием можно считать монографию А.Штрауса и Л.Летинена «Психопатология и обучение ребенка с повреждением мозга», вышедшую в США в 1947 г., где описываются психофизиологические особенности таких детей. Выделив детей, испытывающих трудности в обучении и изучив их особенности развития, авторы выявили у них наличие негрубых органических повреждений мозга, которые, как можно было предположить, и являются причинами трудностей. Они были названы детьми с минимальными повреждениями мозга. Помимо трудностей в обучении у них могут отмечаться эмоциональная неуравновешенность, гиперактивность и в то же время относительно высокие (в пределах нормы) показатели выполнения интеллектуальных тестов. Поскольку не всегда имеются доказательства наличия органических повреждений мозга, чаще стал применяться термин «дети со специфическими трудностями в обучении». Определение «специфические» было предложено психологом С.Кирком, чтобы подчеркнуть отличие этих детей от умственно отсталых, от детей с недостатками слуха, зрения, двигательной системы и первичными нарушениями речевого развития.

Национальный комитет советников по детям с недостатками развития в 1968 г. дал определение этой категории детей: «Специфические трудности в обучении означают расстройство одного или более основных психических процессов, участвующих в понимании или использовании устной или письменной речи, которые могут проявляться в несовершенстве способностей слушать, думать, говорить, писать, выделять звуки в слове или производить математические расчеты. Понятие включает такие условия: перцептивная недостаточность, повреждение мозга, минимальные мозговые дисфункции, дислексия, афазия развития. Понятие не включает детей, трудности которых являются в основном результатом зрительных нарушений, неблагоприятных средовых, культурных или экономических условий». (Отметим, что это определение объединяет трудности в обучении, обусловленные недостатками познавательной деятельности, с трудностями, вызываемыми первичными речевыми нарушениями, т.е. не позволяет выделить первичные и вторичные нарушения развития.)

Очевидно, что оба понятия — как «трудности в обучении», так и «задержка психического развития» — являются по своей сути психолого-педагогическими, а не клиническими терминами.

Следует отметить также, что в западной литературе ЗПР не принято выделять в качестве специфической диагностической единицы. Она включается в более широкие понятия синдрома ММД и синдрома гиперактивности с дефицитом внимания (как частный случай проявлений этих синдромов) или в физиологически обусловленные характерологические особенности, как, например, неврастению. В МКБ-10 (1994), помимо синдрома гиперактивности с дефицитом внимания (гиперкинетическое расстройство — Р90), выделяются специфические расстройства развития школьных навыков (Р81), легкое когнитивное расстройство вследствие повреждения или дисфункции головного мозга или физической болезни (Р06.7), а также несколько диагностических рубрик, определяемых как «другие» или «неуточненные» расстройства психологического развития (Р09, Р88, Р89) — все эти диагностические рубрики могут быть в какой-то степени соотнесены с понятием задержки психического развития, однако не являются тождественными ему.

И в нашей стране, и за рубежом неоднократно проводились попытки определить распространенность трудностей в обучении среди детской популяции школьного возраста. Полученные данные поражают своей разноречивостью: 5% - - по данным исследования, проведенного в начале 1970-х гг. сотрудниками Института дефектологии АНП СССР среди учащихся начальных классов; от 5 до 11% — по данным зарубежных авторов того же времени; до 30% — по данным Департамента здравоохранения, образования и социального благосостояния США на начало 1980-х гг. в крупных городах; 15—16% — по результатам обследования школьников начальных классов общеобразовательных школ, проведенного в середине 1990-х гг. в нашей стране. Такой широкий разброс показателей в значительной степени связан с отсутствием как в отечественной дефектологии, так и в западных источниках строгих критериев диагностики и задержки психического развития и трудностей в обучении.

Отсутствие четко разработанного определения «задержка психического развития» не снижает важности ее выделения среди всех недостатков развития и психоневрологических расстройств, лежащих в основе стойких трудностей в обучении. Скорее, наоборот, понимание недостаточности клинического принципа диагностики для оказания комплексной помощи ребенку с трудностями в обучении требует введения и использования принципа функциональной диагностики. Под функциональным диагнозом при этом понимается «диагноз индивидуальных особенностей заболевания (и состояния. -- Прим, авт.), болезненных изменений и сохранных свойств личности, реакций личности на болезнь, ...состояния социальной адаптации и ее возможностей...» (В.В.Ковалев). Функциональный диагноз определяется, с одной стороны, спецификой и выраженностью психоневрологических расстройств (клинический контекст), а с другой — характером и индивидуальным содержанием проблем психического развития и социальной адаптации (социально-психологический контекст). При этом «Решение задач... функциональной диагностики носит мультидисциплинарный характер и поэтому может быть успешным только при участии представителей смежных специальностей: психиатров, клинических и социальных психологов, педагогов, логопедов и др.» (В.В.Ковалев).

Таким образом, под задержкой психического развития можно понимать функциональный диагноз, который проявляется в несоответствии развития познавательной деятельности ребенка тому уровню, который признан нормативным для детей того же возраста и который позволяет ребенку успешно овладеть общеобразовательной учебной программой в традиционных условиях обучения. Другие дисфункции, сопровождающие это состояние (школьная и социальная дезадаптация), являются в этом случае вторичными, но существенными для судьбы ребенка. Необходимым дополнением к определению «задержка психического развития» является представление о достаточно высоких потенциальных возможностях ребенка и об обратимости определяемого у него отставания от сверстников.

3. ТАКИЕ РАЗНЫЕ «ЗАДЕРЖКИ»...

Можем ли мы набросать типичный портрет ребенка с задержкой психического развития? Выше говорилось о том, что клинико-психологические характеристики таких детей отличаются большим разнообразием. Строго говоря, эта группа является сборной, так как разнообразные факторы биологические, социальные, педагогические, как правило, представлены в различных сочетаниях, взаимно связаны и влияют друг на друга, усугубляя искажение индивидуального развития ребенка. Однако есть общие черты, позволяющие выделить эту группу среди всех детей, в том числе и среди детей со стойкими трудностями в обучении: это недостаточная сформированность эмоционально-волевых и/или когнитивных компонентов познавательной деятельности.

Первая клиническая классификация, принадлежащая отечественным исследователям Т.А.Власовой и М.С.Певзнер (1967), определяет два варианта, практически отражающих два основных механизма ее возникновения. При первом варианте недостаточность познавательной деятельности связана с незрелостью эмоционально-волевой сферы ребенка, т.е. с психическим инфантилизмом. При втором — нарушение познавательной деятельности является следствием стойких церебрастенических состояний.

В классификации Т.А.Власовой и М.С.Певзнер заложены основные принципы клинического подхода к пониманию механизмов образования ЗПР: формирование этого отклонения в развитии как за счет замедления созревания эмоционально-волевой сферы, так и за счет расстройств мозговой деятельности (нарушения скорости протекания нервных процессов, их повышенной истощаемости и несбалансированности) и недостатков отдельных психических функций.

Различные формы сочетания эмоционально-волевого недоразвития (инфантилизма) и недоразвития когнитивных процессов позволяют ученым-дефектологам говорить о различных вариантах ЗПР, которые отличаются качественными особенностями, степенью выраженности и прогнозом. Наибольшее распространение в нашей стране получила классификация задержки психического развития, предложенная К.С.Лебединской в 1982 г., которая отражает механизмы нарушения познавательной деятельности и причину возникновения задержки развития, выделяя четыре ее типа. Опираясь на эту классификацию, опишем наиболее частые проявления задержки психического развития.

I. ЗПР конституционального происхождения. Для нее характерны проявления гармонического психического инфантилизма и нарушения познавательной деятельности, обусловленные прежде всего незрелостью мотивационной сферы, преобладанием игровых интересов. Связано это с недоразвитием тех психофизиологических функций, которые получают наибольшую нагрузку в процессе учебной деятельности: умение произвольно управлять своим поведением, запоминать, концентрировать и удерживать внимание, планировать и контролировать свою деятельность, уровень развития речи и абстрактного мышления, координация мелких движений.

Подобные негрубые отклонения, часто встречающиеся у неуспевающих учеников массовой школы, связаны с замедлением темпа развития высших отделов коры головного мозга. Черты незрелости или недоразвития психики, прежде всего эмоционально-волевой сферы, когда, по определению Л.С.Выготского, существенные стороны психики ребенка сохраняют более раннюю детскую организацию, приводят к более позднему становлению навыков учебной деятельности, к более непосредственному поведению, чем принято в школьных

условиях. Такое состояние, когда ребенок как бы «задержался» на предыдущем возрастном этапе созревания психики, получило название психического инфантилизма.

В тех случаях, когда проявления инфантилизма не осложнены дополнительными неблагоприятными факторами и выражаются только в эмоционально-волевой незрелости, детям свойственны относительная живость психики, любознательность, интерес к окружающему. Они активны в игре, привносят в нее творческий элемент, фантазию. Часто эмоционально-волевая незрелость у них гармонично сочетается с общей «детскостью» облика — они выглядят младше своего возраста, у них наблюдаются хрупкое телосложение, задержка роста, более поздняя смена зубов. Пропорциональное сочетание физической и психической незрелости при достаточно благополучном психическом состоянии в целом получило название гармонического инфантилизма. Эта форма инфантилизма встречается обычно при наследственной предрасположенности к более позднему развитию психических функций, у ближайших родственников также можно выявить наличие инфантильных черт в детстве, иногда инфантильность встречается также у близнецов и у недоношенных детей. Развитие детей с гармоническим инфантилизмом имеет благоприятный прогноз: при правильной организации воспитания и обучения эти дети со временем догоняют своих сверстников в учебе, негативные тенденции их личностного развития сглаживаются.

Инфантилизм может проявляться на любом этапе развития ребенка, но наиболее отчетливо он обнаруживает себя в начале школьного обучения. Недоразвитие личностных компонентов учебной деятельности при инфантилизме тесно связано с недоразвитием или замедленным созреванием лобных и лобно-диэнцефальных систем мозга. Оно может быть вызвано многими причинами: ослабленностью организма из-за различных заболеваний, нарушением или недостаточностью питания, травмами мозга во время родов или в раннем возрасте, генетическими факторами. Любой из этих факторов, а также их сочетание, может привести к замедлению индивидуального темпа развития. Проявляется эта незрелость психики ребенка, несоответствие его статусу ученика прежде всего в

учебной деятельности, требующей управления своими непосредственными побуждениями, целенаправленного внимания, сосредоточенности.

У ребенка с проявлениями инфантилизма к началу обучения в школе не сформирована способность произвольно управлять своим поведением. Его поступки в значительной мере определяются непосредственным побуждением, и поэтому он не готов обучаться в тех условиях, которые предлагает ему массовая школа. Такие дети наивны и непосредственны, они не понимают до конца учебную ситуацию, часто «не вписываются» в рамки общепринятого школьного поведения. Беспечность у них может сочетаться с добродушием и оживленностью, внушаемостью и подчиняемостью в отношениях с другими детьми. Движения их часто порывисты, недостаточно четки, моторная незрелость проявляется в трудностях координации тонких движений пальцев и кистей рук, выработки двигательных стереотипов, необходимых для овладения навыками письма и ручной умелости. Эти особенности моторики соответствуют особенностям нормально развивающихся детей более младшего возраста и получили название моторного инфантилизма. Особенно отчетливо задержка в развитии моторики проявляется при целенаправленных видах деятельности (рисование, письмо, ручной труд).

Эмоционально-волевая незрелость при психическом инфантилизме сочетается с более или менее выраженной интеллектуальной недостаточностью из-за преобладания наглядно-образного или наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, повышенной истощаемостью и пресыщаемостью активного внимания, недостаточностью словесно-смысловой памяти. У инфантильных детей нередко отмечается недоразвитие сложных форм мышления, обусловленное повышенной отвлекаемостью, неумением обдумать предложенное задание, сосредоточиться на нем. Особенно сложно для них осознание разницы между общими и частными понятиями, причинно-следственные связи, наибольшую трудность для запоминания представляет тот материал, который требует осознания связи между частями запоминаемого материала.

Основная проблема, с которой сталкивается учитель при этом, — это неумение ребенка включиться в общую работу: он может игнорировать предложенный

учителем вид работы, не пытаться его выполнить, при этом задавать вопросы не по существу. Часто такой отказ от работы сочетается с искренним желанием ребенка соответствовать собственным представлениям о «хорошем ученике». Ребенок старается ровно сидеть, как можно выше поднимает руку, радостно вскакивает, когда его спрашивают. Но часто он не может сохранить и эту внешнюю форму поведения: непосредственное желание пересиливает, и ребенок перебивает учителя, разговаривает с соседом, ходит по классу, занимается тем, что не имеет отношения к уроку. Строя свою работу с учениками, учитель предполагает, что поставленная им учебная задача принимается учениками, но для инфантильного ребенка более важной является ситуация общения с учителем и сверстниками, а любое задание имеет значение лишь постольку, поскольку оно вплетено в эту ситуацию общения. Например, ребенок поднимает руку для того, чтобы ответить на вопрос учителя, его спрашивают, он встает, гордый тем, что его вызвали и, радостно улыбаясь, молчит. Оказывается, вопрос уже забыт, но ребенок не думает об этом, ведь его «вызвали»! От задания его может отвлечь и что-то интересное за окном, во время урока он может вспомнить о принесенной из дома игрушке и т.п. Главное звено учебного процесса — понимание и выполнение учебных заданий — не представляет интереса для инфантильного ребенка и поэтому часто выпадает из сферы его внимания. Осложняет адаптацию к работе в классе и такая особенность инфантильного ребенка, как неумение выполнять инструкцию учителя, обращенную ко всему классу в целом во время фронтальной работы на уроке. Инструкция оказывается невыполненной не потому, что ребенок не хочет или не умеет, а потому, что обращался учитель не к нему лично, а ко всему классу в целом. Если дать это же задание ему при индивидуальной работе, выясняется, что он вполне может с ним справиться.

Работа инфантильного ребенка в классе затруднена также тем, что он не способен адекватно «просеивать» поступающие извне сигналы и раздражители на существенные и не существенные для той деятельности, которой он в данный момент занимается. В результате постоянно отвлекается, неадекватно реагирует на посторонние шумы, звуки, образы, что, естественно, затрудняет его обучение, а

педагоги отмечают его повышенную отвлекаемость, трудности в выполнении заданий, требующих умения сосредоточиться.

Незрелость мозговой организации у таких детей проявляется также в задержке развития тормозных механизмов коры головного мозга, посредством которых осуществляются регуляция и контроль деятельности глубинных, «подкорковых» отделов, которые влияют на состояние эмоционально-волевой сферы. Наряду с этим часто отмечается незрелость и самих глубинных отделов мозга. Несформированность тормозных функций коры головного мозга в сочетании с незрелостью эмоционально-волевой сферы проявляется у такого ребенка в неадекватных ситуации эмоциональных реакциях, в немотивированных поступках, импульсивности.

Ребенок с несформированной учебной деятельностью непродуктивен в ситуации, где он должен подчиняться инструкции педагога и подавлять свои собственные желания. В связи с этим он нередко вял и бездеятелен в школьной учебной ситуации и оживляется, становится продуктивным как только переключается на игру, соответствующую его эмоциональным потребностям. Эмоционально-волевая незрелость выражается также в несамостоятельности, повышенной внушаемости, стремлении к получению удовольствия как ведущей мотивации, беспечности, преобладании игровых интересов, недостаточной критичности к своему поведению и результатам своей деятельности.

II. ЗПР соматогенного происхождения. В эту группу входят задержки развития, возникающие в результате истощающего действия соматических заболеваний на организм, нарушения питания клеток головного мозга и, как следствие, замедление темпа созревания и развития структурно-функциональных мозговых систем. Нередко имеет место и задержка созревания эмоционально-личностной сферы, так называемый соматогенный инфантилизм. Обусловлен он, с одной стороны, негрубыми нарушениями обменных процессов и питания клеток головного мозга из-за частых и/или тяжелых заболеваний, приводящих к замедлению его созревания, с другой стороны, особенностями воспитания соматически ослабленного ребенка (повышенная опека, ограниченное общение со сверстниками).

К сожалению, в наши дни приходится говорить об общей тенденции к снижению уровня детского здоровья. Не последнюю роль в этом играет ухудшение экологической обстановки, ее неблагоприятное влияние на детский и материнский организм, увеличение удельного веса «синтетического» питания, насыщенного консервантами и красителями, уменьшение физических нагрузок и подверженность вредным воздействиям электронной и радиотехники, бытовой химии. Врачи отмечают «помолодение» многих болезней, ранее считавшихся исключительно «взрослыми»: язва желудка, бронхиальная астма. Количество детей, подверженных частым простудным заболеваниям, тоже возрастает, возможно, это связано с общим снижением иммунитета, особенно в больших городах. От «обычного» ОРЗ ребенок считается выздоровевшим через 5—7 дней, однако восстановления исходного состояния организм достигает лишь спустя 3—4 недели. В этот период, когда ребенок уже считается здоровым, он больше подвержен риску заболеть снова, быстрее утомляется, более нервозен, чем обычно. Частые простуды не только ослабляют организм, но и ведут к формированию очагов хронической инфекции: хронических тонзиллитов, гайморитов и т.д. Эти заболевания, на первый взгляд довольно безобидные, на самом деле являются причиной хронической интоксикации (отравления) организма и приводят к снижению общего тонуса, как физического, так и психического, активности, устойчивости к нагрузкам, в том числе и умственным, работоспособности. Кроме того, обменно-трофические нарушения, возникающие при хронической интоксикации (отравлении организма вредными веществами, образующимися в очаге хронической инфекции), влияют на темп созревания нервной системы, могут привести к негрубой задержке развития мозга, прежде всего регуляторных структур ствола, к задержке созревания эмоционально-волевой сферы.

Общая ослабленность организма, незрелость вегетативных процессов, обеспечивающих жизнедеятельность ребенка, могут быть также врожденными — обычно это последствия нарушенного течения беременности у матери, влияния на нее токсических веществ и профессиональных вредностей. Такие дети часто рождаются с малым весом, бывают беспокойными, плохо спят, едят, много срыгивают, иногда до рвоты, плохо прибавляют в весе. Они болезненно реагируют

на перемены погоды, духоту, шум, изменение привычной обстановки. В дошкольном возрасте родителей могут беспокоить поверхностный чуткий сон ребенка, частые пробуждения, возбуждение и стереотипные движения при засыпании (раскачивание, сосание пальцев), ночной энурез, сниженный аппетит, выраженная избирательность в еде (например, некоторые дети не едят мясной пищи или овощей), повышенная склонность к аллергическим реакциям, простудам, инфекциям. Уже в дошкольном возрасте становятся отчетливыми нарушения эмоционально-волевого реагирования: повышенная чувствительность, впечатлительность, страх перед новым, чрезмерная привязанность к матери, выраженная заторможенность в контактах с чужими людьми - вплоть до отказа от речевого общения. Врожденная или приобретенная (в результате истощающих организм хронических заболеваний) недостаточность вегетативной нервной системы, неустойчивость вегетативного тонуса проявляются склонностью к нарушениям пищеварения, аллергического фона, колебаниям сосудистого тонуса, беспричинному повышению температуры. Таким детям часто свойственна метеозависимость (ухудшение состояния, снижение работоспособности при изменениях погоды).

К началу обучения в школе соматически ослабленный ребенок нередко выглядит моложе своего возраста, отличается возбудимостью, капризностью, быстрой истощаемостью, плаксивостью. Дополнительно снижать выносливость ребенка к нагрузке могут изменения в организме в связи с ростовым скачком, происходящим на 6—7-м году жизни. Мы уже говорили о том, что период начального школьного обучения может совпасть по времени с периодом интенсивного роста детского организма. Особенно высока вероятность такой «накладки» у детей с задержанным развитием — их «биологические» часы не совпадают с календарными, и те изменения, которые при своевременном развитии приходится на старший дошкольный возраст, у них происходят уже за школьной партой. Как правило, созревание регулирующих и сердечно-сосудистой систем отстает от бурного роста костно-мышечной системы. Устойчивость ребенка к нагрузке в этот период снижается, обычная школьная нагрузка может оказаться избыточной, неблагоприятно действовать на здоровье. Тем более утомляет эта

нагрузка ребенка ослабленного, сдвиги в состоянии здоровья усиливаются, еще сильнее снижается устойчивость к учебной нагрузке и к различным заболеваниям. Трудности в адаптации к школьным условиям обусловлены не только повышенной утомляемостью этих детей, но и инфантильными особенностями психики, которые нередко отмечаются у часто болеющего, ослабленного ребенка: несамостоятельностью, пугливостью, робостью, чрезвычайной зависимостью от взрослых. Черты эмоциональной незрелости часто сочетаются с невротическими проявлениями: повышенной впечатлительностью, боязливостью, капризностью. Причиной такого отставания в становлении личностных качеств является, с одной стороны, задержанное созревание структур мозга, регулирующих поведение ребенка и его адаптацию к новым условиям, с другой — повышенная эмоциональность, тревожность, вызванные не всегда адекватными условиями воспитания.

Нередко родители склонны чрезмерно опекать ослабленных детей из-за болезненности и подверженности инфекциям, ограничивать их контакты с другими детьми. В результате ребенок приходит в школьный коллектив, не умея общаться со сверстниками, обилие контактов становится для него дополнительной психологической нагрузкой, усиливающей утомление. Многочисленные пропуски занятий из-за болезни усугубляют картину.

Несмотря на то, что собственно интеллектуальная деятельность у таких детей может быть относительно сохранной, систематическая учебная нагрузка и пребывание в детском коллективе часто становятся для них непосильными. «Нормативные» нагрузки оказываются чрезмерными: утомление наступает быстрее, чем у более здоровых детей. Накапливающееся утомление, отсутствие своевременного отдыха (они успевают устать и истощиться задолго до наступления перерыва между уроками, не успевают отдохнуть за перемену) приводят к формированию хронической усталости или переутомления.

Принципиальное различие между физиологическим утомлением и переутомлением заключается в том, что при утомлении работоспособность после отдыха восстанавливается до исходного уровня, а при переутомлении этого восстановления не происходит, утомление накладывается на утомление, приводя к

серьезным сдвигам в общем состоянии организма. Врачи считают переутомление состоянием, пограничным между здоровьем и болезнью, оно является благоприятным фоном для развития болезненных отклонений и в физической, и в психической сфере. При переутомлении наступают выраженные физиологические сдвиги в функциональном состоянии головного мозга, задерживается его созревание, усиливаются эмоциональная неустойчивость, раздражительность и непродуктивная возбужденность, возникают головные боли.

Длительно сохраняющееся переутомление приводит к формированию астенического синдрома — состояния нервно-психической слабости, быстрой истощаемости, утомления от любой деятельности, неспособности к длительному напряжению. У ребенка повышается чувствительность к внешним раздражителям (громкие звуки, яркий свет), он становится раздражительным, плаксивым, нетерпеливым, головные боли становятся стойкими, ухудшаются внимание и память. Болезненное повышение чувствительности может быть настолько выражено, что ребенок страдает от обычных каждодневных раздражителей - для него непереносимым становится пребывание в шумном классе, звук школьного звонка может заставлять его вздрагивать, громкий голос учителя вызывать головную боль. Чувствительность глаз иногда нарушается настолько, что они краснеют у ребенка, он начинает щуриться, часто моргать, на фоне истощенной нервной системы это приводит к формированию навязчивого моргания. Повышенная утомляемость глазных мышц в этом состоянии приводит к неспособности длительно фиксировать текст при чтении, буквы сливаются, строчки становятся неотчетливыми, расплывчатыми, содержание прочитанного не усваивается. Этому сопутствует, как правило, падение мышечного тонуса, ослабление мышечной силы. В результате ребенку трудно выполнять письменные работы, у него искажается почерк. Ярко проявляется нарушение регуляции вегетативных процессов: расстройства пищеварения и сосудистого тонуса вплоть до обмороков, всевозможные боли, не имеющие под собой органической основы. Сон становится поверхностным, тревожным, с частыми просыпаниями, по утрам ребенок испытывает субъективное чувство усталости, угнетенности, нежелание ничем заниматься.

У астенизированного ребенка повышена готовность к формированию невротических и невротоподобных расстройств: тиков, заикания, навязчивых страхов, поэтому врачи часто говорят об астено-невротическом синдроме. Легко возникающая раздражительность и гневливость при астеническом синдроме ухудшает отношения со сверстниками, плаксивость нередко делает ребенка объектом насмешек других детей. Нарушенные отношения в детском коллективе еще сильнее декомпенсируют ребенка.

В таком состоянии ребенок не способен справиться даже с той учебной нагрузкой, которая была вполне ему доступна. Иногда учебная несостоятельность ребенка достигает такой степени, что он производит впечатление отстающего в умственном развитии. Он может безразлично смотреть на предложенное задание, не стараясь его выполнить, или отвечать «невыпадет», не прикладывая напряжения для выполнения, или отказывается выполнять задания, капризничает, отвлекается, начинает жаловаться на головную боль. То, что нередко оценивается взрослыми как капризы и лень, связано с тем, что ребенок не может сосредоточить внимание на задании, сконцентрироваться, приложить необходимое напряжение. Упреки в лени и наказания приводят к тому, что ребенок замыкается, становится плаксивым и угрюмым, настроение его стойко снижается — налицо картина астенической депрессии.

Однако необходимо учитывать, что влияние неблагоприятных факторов, вызывающих астенизацию ребенка и задерживающих созревание и развитие, редко бывает изолированным, зависит только от общей ослабленности и болезненности ребенка. В жизни мы видим, как правило, сочетание ослабленного здоровья с более или менее грубыми проявлениями мозговой недостаточности и/или незрелости. Частые или тяжелые соматические заболевания, хронические инфекции и интоксикации, хронические расстройства пищеварения, недостаточное или одностороннее питание ребенка ведут к нарушению питания клеток мозга. Как правило, эти причины не приводят к грубым нарушениям мозговых структур, но часто вызывают задержку формирования сложных специфических мозговых систем, отвечающих за когнитивные процессы и формирование эмоционально-волевой сферы ребенка. Такое задержанное созревание мозговых структур лежит в

основе инфантильных черт (задержка формирования личностных черт «школьной зрелости») и негрубых нарушений познавательной деятельности (быстрая утомляемость и пресыщаемость, неустойчивость внимания, снижение памяти).

Если соматическое неблагополучие сочетается с остаточными явлениями органического поражения мозга, то прогноз психического развития ребенка ухудшается. Общее состояние организма, его иммуннобиологические особенности имеют важное значение в том, как проявятся повреждения нервной системы. Компенсаторные возможности здорового организма дают благоприятную почву для течения восстановительных процессов в мозговой ткани. Соматическое неблагополучие, напротив, может способствовать выявлению таких скрытых дефектов мозга, как очаги судорожной активности в мозговой ткани, дезорганизирующие мозговую деятельность.

III. ЗПР психогенного происхождения — нарушения развития, вызванные неблагоприятным влиянием социальной среды, условиями воспитания ребенка. Эта группа объединяет формирование личности ребенка по истерическому типу, по неустойчивому типу, развитие в условиях безнадзорности или повышенной опеки, чрезмерное потакание всем капризам ребенка, отношение к нему как к «вундеркинду». При этой форме ЗПР нередко недостатки воспитания и стимуляции развития усугубляются недостатками мозговых систем, обеспечивающих познавательную деятельность.

В случае, когда ребенок предоставлен сам себе и не получает необходимого педагогического воздействия со стороны семьи или замещающего ее учреждения, растет в условиях безнадзорности, гипоопеки, особенно близких, ведущих асоциальный образ жизни, у него не формируются познавательные интересы, интеллектуальные склонности и установки, чувство долга и ответственности, не развивается способность к торможению непосредственных чувств и желаний. Ребенок, выросший в таких условиях, не понимает значения интеллектуального труда, знаний, культурных ценностей, не приобретает навыки поведения в обществе. Оказавшись за школьной партой, он вряд ли будет прикладывать усилия к выполнению рутинных школьных заданий: непосредственного удовольствия от этого он не получает, оценка учителя часто бывает скептической или

отрицательной (ведь такой ребенок обычно не подготовлен в должной степени к школьному обучению и закономерно оказывается среди слабых учеников), от родителей ни заинтересованности, ни поддержки ожидать не приходится. Естественной реакцией на подобное развитие событий у ребенка будет негативное отношение к учебной ситуации, которое он не умеет и не считает нужным сдерживать. Уходы из класса, прогулы, конфликты с учителем, агрессивное отношение к другим детям (надо же хоть как-нибудь самоутвердиться!) приводят к тому, что и взрослые начинают воспринимать ребенка как хулигана, и сам ребенок воспринимает себя так же.

При неблагоприятном влиянии окружения на инфантильного ребенка (воспитание в условиях повышенной опеки, безнадзорности и педагогической запущенности, неадекватно высоких требований со стороны взрослых, недостаточности эмоционального контакта с близкими) и при сочетании инфантильности с отдельными патологическими чертами характера (возбудимость, конфликтность, демонстративность, эгоцентризм, выраженная капризность, слабость волевой регуляции и др.) возникает почва для искаженного формирования личности. Сочетание инфантильных особенностей и искажения мотивационной сферы ребенка получило название дисгармонического инфантилизма. При этом виде инфантилизма на первый план выступают неспособность к волевому усилию, слабость нравственных установок, ориентация в поступках на получение удовольствия; или, напротив, повышенная заторможенность, болезненная неуверенность в себе, неспособность добиться успеха из-за отказа от попыток что-либо сделать (такой ребенок настолько неуверен в своих возможностях, что говорит «не могу» до того, как сделает попытку выполнить задание, не проявляет активности в деятельности и играх).

При воспитании с повышенной опекой, когда ребенка лишают возможности проявить самостоятельность, инициативу, принять ответственность за свои поступки, происходит формирование установки на бездеятельность и постоянную помощь, иждивенческой позиции, неспособности к волевому усилию. В условиях социально-педагогической запущенности причиной дезадаптации является несформированность способности подчинять свои потребности школьным

правилам. Ребенок, воспитанный по типу «кумир семьи», привыкает к постоянному восхищению собой, своими способностями и качествами. Он не умеет сравнивать свои достижения со сверстниками, критически оценивать их, прикладывать усилия для улучшения результата. Отсутствие возможности быть в центре внимания травмирует ребенка, его эгоцентрическая установка мешает наладить отношения с другими детьми, в результате у него формируется негативная установка и к школьным занятиям, и к одноклассникам.

Искаженное формирование личности может произойти также в ситуации, когда ребенок находится под воздействием постоянных психотравмирующих факторов (безразличное отношение со стороны родителей, неприятие ребенка, завышенные требования, не соответствующие его реальным возможностям, алкоголизм одного из родителей с агрессивным отношением к ребенку или к другим близким и т.п.). В этих случаях патологическое формирование личности имеет в своей основе тревожность, робость, боязливость, невротические проявления, отсутствие активности и инициативы, повышенную заторможенность, неуверенность в своих силах, склонность отказываться от деятельности и замыкаться в себе. Это приводит к тому, что ребенок не прикладывает усилий по преодолению трудностей, любое задание вызывает у него страх, попытку отказа от выполнения предложенной работы. Отсутствие самостоятельности, заторможенность приводят к тому, что ребенок постоянно нуждается в стимуляции, поддержке, поощрении для того, чтобы проявить свои потенциальные возможности.

На фоне дисгармонического инфантилизма может формироваться тот или иной вариант психопатического развития личности. Это может быть так называемая психопатия неустойчивого круга — внушаемый, подчиняемый, избегающий систематического труда, неспособный к стойким привязанностям, со слабыми морально-этическими установками человек, который склонен «плыть по течению», подчиняться более сильным лидерам, не оценивая критически свои поступки и перспективы. Ребенок неустойчивого типа не склонен прикладывать усилия для достижения успеха в учебной деятельности, он предпочитает слоняться по школьным коридорам вместо пребывания в классе, часто оказывается в подростковых асоциальных компаниях. Такой ребенок не производит впечатления

злостного нарушителя дисциплины, так как он легко соглашается с тем, что неправильно себя ведет, однако усилий для изменения своего поведения по-прежнему не прикладывает. К такому ребенку приложима американская пословица: «Можно подвести коня к воде, но нельзя заставить его напиться». Он нередко ставит педагога в тупик тем, что при внешней подчиняемости от него трудно добиться успехов в учебе, так как он не прикладывает необходимого для учебы старания. Ребенок с формирующейся психопатией неустойчивого круга (более, чем кто-либо другой) нуждается в четкой последовательности требований взрослых, воспитывающих его, особенно вредоносны для него безразличие и гипоопека с их стороны, расхождение в требованиях, предъявляемых школой и семьей или разными членами семьи. Более чем кому-либо другому ему необходима помощь взрослого, направляющая его интересы и организующая его деятельность. При благоприятном ходе развития у ребенка формируются положительные социальные установки, умение трудиться, он может благополучно адаптироваться к социальному окружению. Неблагоприятное окружение и неправильное отношение к ребенку могут привести к школьной дезадаптации, формированию стойких асоциальных установок и раннему знакомству с правоохранительными органами. Принято выделять также психопатию истерического круга — для нее характерны демонстративность, стремление быть в центре внимания, преувеличенные эмоциональные реакции, склонность к функциональным расстройствам. Если у такого ребенка возникают учебные трудности, приводящие к отрицательной оценке его окружающими, он ищет признания другими способами — от фантазирования на тему о своих необыкновенных способностях или приключениях до демонстрации собственной слабости, болезненности, тех или иных отклонений в состоянии здоровья, что позволяет ему получить дополнительное внимание и заботу взрослых и в то же время избежать учебной нагрузки. Такие дети могут иметь широкий спектр функциональных расстройств в состоянии здоровья: головные боли, обмороки, боли в животе, периодические нарушения зрения и др. Основные признаки, позволяющие отнести эти расстройства к истерическим, - это отсутствие подтверждения болезни при обследовании ребенка и так называемый «механизм

условной приятности», т.е. болезненные проявления позволяют ребенку избежать тяжелой, психологически неприемлемой для него ситуации, в частности ситуации неуспешного обучения.

Однако необходимо отметить, что в большинстве случаев проявления школьной дезадаптации у детей, выросших в неблагополучных условиях, складываются в результате влияния не только социально-психологических факторов. Для реализации интеллектуального и личностного потенциала ребенка имеют большое значение как условия воспитания и обучения, так и индивидуальные психологические (а иногда и патологические, т.е. обусловленные болезненными отклонениями) черты ребенка, темп созревания его умственных способностей, его физиологические ресурсы (состояние здоровья, работоспособность и т.д.). Нередко отклонения в состоянии и развитии ребенка (инфантилизм, повышенная истощаемость) оказываются незамеченными, а на первый план выступают нарушения поведения, которые оказываются реакцией ребенка на тяжелую для него ситуацию. Эти вторичные нарушения нередко имеют более яркие проявления и социальные последствия. Так, например, замедление созревания регуляторных структур ствола и коры головного мозга, которые мы наблюдаем при состояниях психофизического инфантилизма, могут в такой степени отягощаться невротическими и психопатоподобными нарушениями, возникающими у ребенка при неадекватных его уровню развития школьных требованиях, что реальные, физиологически обусловленные учебные трудности как бы уходят на второй план, а на первый план выступают нарушения поведения. Однако скорректировать поведение ребенка, помочь ему адаптироваться к школе без учета особенностей и возможностей ребенка, без формирования содержательной учебной мотивации и создания ситуации успешного обучения невозможно.

Тот факт, что дети с задержкой в развитии чаще встречаются в неблагополучных семьях, приводит к ошибочному впечатлению о том, что причина их интеллектуальной недостаточности является только социальной. Результаты обследования таких детей говорят о высокой частоте мозговых нарушений разной степени выраженности, в том числе и в структурах, обеспечивающих познавательную деятельность. Повседневная практика

показывает, что дети только с явлениями педагогической запущенности и искаженного личностного развития в результате неправильного воспитания способны восполнить пробелы в своих знаниях и догнать сверстников в условиях массовой школы — если для них будут созданы адекватные педагогические условия и применен индивидуальный подход. Гораздо пагубнее роль недостаточной стимуляции развития для детей с явлениями мозговой недостаточности. Эти дети гораздо более уязвимы в отношении неблагоприятных условий внешней среды, и очень часто биологические причины усугубляются социальными. Такие дети нуждаются в более активной стимуляции умственной деятельности, чем их здоровые сверстники. В семье, уделяющей ребенку должное внимание, даже выраженная степень задержки развития на фоне мозговой недостаточности может быть частично компенсирована за счет активизации различных сторон умственной деятельности ребенка. В неблагополучных же семьях, в условиях безнадзорности развитие таких детей еще более замедляется. Этому способствует также наложение ситуационно обусловленных психических нарушений: невротических проявлений, эмоциональной неустойчивости и возбудимости, патологических форм поведения. Кроме того, те же самые факторы, которые вызывают педагогическую запущенность — отсутствие должного внимания со стороны родителей, — способствуют и возникновению органических поражений мозга. Очевидно, что мать, не проявляющая заботы о своем ребенке еще до его рождения, употребляющая алкоголь и наркотики во время беременности, не уделяет ему необходимого внимания и после его рождения: недосмотр приводит к частым мозговым травмам, серьезным заболеваниям, ребенок не получает необходимого лечения, не проводятся восстановительные лечебные мероприятия. Все это сказывается на функциональном состоянии детского мозга, и, несмотря на его колоссальные компенсаторные возможности, развивается он более медленно и менее успешно, чем это было заложено генотипически.

IV. ЗПР церебрально-органического происхождения - эта большая группа объединяет задержки развития, возникшие в результате органической недостаточности мозга и характеризующиеся как специфическим недоразвитием

личностной сферы по типу органического инфантилизма, так и весомым нарушением познавательной деятельности. Нарушения в эмоционально-волевой сфере и в познавательной деятельности при этой форме ЗПР, как правило, более выраженные и более стойкие.

Особое состояние представляет собой задержка эмоционально-волевого созревания, вызванная органической недостаточностью нервной системы, которая накладывает типичный отпечаток на структуру личности ребенка. Если при первом, втором и третьем вариантах задержки психического развития мы подразумеваем преимущественно функциональную недостаточность мозговых структур, отвечающих за эмоционально-волевою составляющую познавательной деятельности, то четвертый вариант объединяет детей, задержка развития которых носит более грубый характер, обусловленный поврежденностью мозговых структур. Это разделение весьма условно, однако помогает лучше понять отличия между разными вариантами ЗПР.

Эмоционально-волевые особенности ребенка с ЗПР церебрально-органического происхождения носят, как правило, характер органического инфантилизма. При этом варианте инфантилизма отсутствуют яркость и живость эмоций, они малодифференцированы; дети слабо заинтересованы в оценке своей деятельности, отличаются низким уровнем притязаний. Внушаемость носит более грубый оттенок и приближается к нескритичности. Игра отличается монотонностью и однообразием, содержание ее примитивно, стремление к игре возникает чаще в ситуациях, требующих умственной нагрузки, и выглядит скорее как уход от трудностей, чем потребность в игровой деятельности. Такие дети часто расторможены, в их поведении встречаются элементы психопатоподобного свойства. У них также более выражена интеллектуальная недостаточность. Это обусловлено нарушением так называемых предпосылок интеллектуальной деятельности: внимания, памяти, работоспособности, инертностью мыслительных процессов, недостаточностью некоторых корковых функций. Органический инфантилизм может проявляться по неустойчивому и тормозимому типу.

Для неустойчивого типа характерны психомоторная расторможенность, благодушное настроение и импульсивность. Все это создает впечатление

несколько преувеличенной детскости и жизнерадостности. Для поведения таких детей характерны грубая нескритичность, тенденция к дурашливым шуткам, утрата чувства дистанции и такта. Реализация потенциальных интеллектуальных возможностей такого ребенка крайне низка из-за отсутствия учебной мотивации, игнорирования ситуации обучения.

Другому варианту инфантилизма, который получил название апатико-динамического, свойственны заторможенность, пониженная инициатива, нерешительность, боязливость, преобладание сниженного фона настроения. Такие дети могут пассивно присутствовать на уроке, для того чтобы они включились в работу, им нужна эмоциональная стимуляция, подбадривание и обильная помощь педагога: расчленение задания на более мелкие части, дополнительные объяснения, помощь в переходе от одной части задания к другой. Этим детям свойственны трудности переключения, тугоподвижность мышления, поэтому не следует их сильно торопить, так как это может ухудшить результаты и дополнительно невротизировать ребенка.

У некоторых детей с проявлениями органического инфантилизма повышенная возбудимость и расторможенность в играх сочетаются с замедленным темпом мышления. Учитель может быть дезориентирован в темпе умственной деятельности ребенка из-за возбужденного, чрезмерно активного поведения последнего во время перемены. «На перемене носится как оголтелый, а на уроке едва шевелится», — сердится учитель, не зная, что для детей с подобными нарушениями как раз свойственны возбуждение и хаотичная активность в игре и замедленность, инертность, низкая продуктивность в умственной деятельности.

Нередко проявления органического инфантилизма в сочетании с выраженными недостатками когнитивной сферы объединяются в синдром, который получил название психоорганического. Под психоорганическим синдромом врачи понимают нарушения интеллектуальной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения, возникающие вследствие органического поражения мозга. Проявления психоорганического синдрома разнообразны, они могут быть выражены более или менее ярко, в разной степени нарушать обучаемость и школьную адаптацию ребенка. Понятие это достаточно неопределенно, не имеет

четких границ и градации степеней выраженности. В описаниях разных авторов оно может включать в себя отдельные проявления, которые были представлены как органический инфантилизм, далее — как гипердинамический синдром, церебрастения. Психоорганический синдром может подразумевать также комплекс этих нарушений, отягощенный дополнительными проявлениями мозговой дисфункции: судорожные приступы, расстройства моторики, сна, эмоций, влечений. Соответственно и степень тяжести нарушений может быть представлена по-разному. Объединяют эти состояния проявления нарушенного формирования структурно-функциональных систем мозга, возникающие из-за повреждения мозговых тканей, так называемые резидуальные (остаточные) признаки органического поражения мозга.

Причиной подобных нарушений чаще всего бывают осложнения во время беременности матери, ее заболевания, профессиональные вредности, интоксикации, неблагоприятное течение родов (кислородная недостаточность плода при родах, родовые травмы и т.п.). Вызвать нарушение структурно-функциональной организации мозга могут также тяжелые заболевания, особенно нейроинфекции, перенесенные в раннем возрасте, травмы головного мозга.

Проявления психоорганического синдрома могут изменяться в связи с тем, что в разные возрастные периоды на первый план выходят различные симптомы. В раннем и дошкольном возрасте у ребенка могут обращать на себя внимание общая двигательная расторможенность, возбудимость, неустойчивость настроения. Ребенок недостаточно целенаправлен в игре, его внимание разбросано, он быстро переключается с одной игрушки на другую. Часто отмечаются задержка речевого развития, бедный словарный запас, слабая выраженность интеллектуальных интересов (к чтению рассказов и сказок, к сюжетным играм и т.д.). Иногда на первый план выступают расстройства вегетативной регуляции: плохой сон, склонность к расстройствам пищеварения, аллергическим реакциям, потливость. Кроме того, отмечаются рассеянные неврологические симптомы: нарушения координации, асимметрия силы движений, микросимптомы поражения отдельных нервов.

С 4—5 лет эмоционально-волевые и двигательные расстройства преобладают, это выражается в повышенной возбудимости, раздражительности, импульсивности поведения, назойливости, частой смене настроения, двигательной расторможенности. Поведение ребенка начинает вызывать нарекания в детском саду, педагоги обращают внимание на неумение ребенка вести себя на организованных мероприятиях, например, утренниках, отчетливо выявляется слабость концентрации активного внимания, которая затрудняет усвоение ребенком новых знаний. Часто отмечают более или менее выраженные нарушения в двигательной сфере, проявляющиеся в недостаточной координации тонких движений, а также действий и двигательных навыков, требующих быстрого переключения движений (речевая моторика, рисование, обувание и т.п.).

У детей школьного возраста проявления психоорганического синдрома более разнообразны. Сильно выраженными становятся импульсивность, взрывчатость, эмоциональная несдержанность, недостаточная самокритичность, а также слабое чувство ситуации. В отдельных случаях может отмечаться нарушение темперамента и влечений, что выражается эмоционально-волевой неустойчивостью (отсутствие волевых задержек возникающих желаний и побуждений, повышенная внушаемость, непосредственное получение удовольствия как основной мотив поведения), вспыльчивостью с проявлениями агрессивности, расторможенностью влечений (сексуальность, прожорливость, повышенное влечение к новым впечатлениям, приводящее к уходам и бродяжничеству, и т.д.). Эти состояния называют психопатоподобными, так как они заметно нарушают структуру личности и поведение ребенка.

Часто на первый план выступают нарушения познавательных функций. Особое значение в младшем школьном возрасте приобретают нарушения формирования так называемых школьных навыков (письма, чтения и счета). В основе этих нарушений лежат стертые речевые расстройства, пороки фонематического слуха, пространственных представлений, тонких движений рук, а также расстройства сложных форм конструктивной деятельности и мышления. При анализе характера нарушений формирования навыков чтения и письма у детей с психоорганическим синдромом выявляется недоразвитие зрительных, слуховых и моторных функций;

при этом у большинства детей страдают одновременно две или все три функции. Отставание развития зрительных функций ведет к недостаточности зрительного внимания, зрительно-пространственным нарушениям, к нечеткому различению фигур, трудностям воспроизведения и запоминания графического образа буквы и цифры, а позже — к затруднениям в усвоении географии и геометрии. Обследование детей с признаками органической мозговой недостаточности отчетливо выявляет у них несформированность пространственной функции: дети путают правую и левую стороны у себя и у собеседника, с ошибками выполняют инструкции на движение в заданном направлении, испытывают сложности в координации движений пальцев рук и кистей. Трудности возникают при необходимости проанализировать форму предмета, особенно трехмерную, соотнести части целого. Ошибки в выполнении заданий свидетельствуют о несовершенстве зрительно-моторной координации, неумении проанализировать форму предмета, сравнить ее с образцом. При психологическом обследовании таких детей выявляется также замедленность процессов приема и переработки слуховой и зрительной информации, особенно в условиях зашумления, снижения освещенности, необходимости выделения объекта на фоне посторонних раздражителей.

Восприятие пространственных признаков и отношений основано на взаимодействии различных анализаторов (зрительного, двигательного, осязательного, кинестетического и др.) и осуществляется только при совместной работе полушарий, которая производится через связующее их мозолистое тело. Любые, даже негрубые нарушения взаимодействия анализаторов и полушарий приводят к изменениям интегративной (целостной) деятельности мозга. Результатом оказываются неполноценность зрительно-пространственной, слухо-пространственной ориентировки и конструктивной деятельности, недоразвитие тонкой моторики, зрительно-моторной и слухо-моторной координации, которые и приводят к трудностям в овладении ручной умелостью, навыком письма, чтением и математикой.

Существенно влияет на обучение детей с проявлениями органического поражения мозга и часто встречающееся у них отставание в речевом развитии: и

ограниченность словарного запаса, особенно активного, и замедленное овладение грамматическим строем речи, и недостаточное использование грамматических категорий и форм в речи. Частота дефектов произношения, недостаточное овладение звуковым образом слова, звукобуквенным анализом усугубляют трудности формирования навыков чтения и письма. Страдают у таких детей и речевая регуляция деятельности: им трудно объяснить производимые ими действия, словесно проанализировать полученный результат.

Как правило, органические нарушения мозговой деятельности сопровождаются недоразвитием различных видов памяти: речевой, зрительной, моторной, слуховой, причем одинаково страдают и кратковременная, и долговременная память. Дети с такими недостатками хуже запоминают словесную информацию, чем зрительную, наглядную, не удерживают в памяти то, на что не обращено специально их внимание — то есть у них страдает произвольное запоминание.

Дифференцировать первичные и вторичные нарушения в процессе восприятия и переработки информации очень сложно, так как они редко связаны с одним фактором и часто сопровождаются общим замедлением темпа и нарушением качественной стороны психического развития ребенка. На практике различные дефекты (снижение памяти, нарушение концентрации внимания, пространственной ориентации и координации, речи и др.) обычно сочетаются, взаимно усиливают друг друга, так как для оптимального функционирования одних мозговых систем необходим достаточный уровень развития других.

Особого внимания заслуживает такое проявление мозговой дисфункции, как гиперактивность. Высокая двигательная активность свойственна детям, но в отдельных случаях она достигает патологической степени выраженности, нарушает адаптацию ребенка к социальным условиям, мешает обучению. Такая повышенная двигательная активность, достигающая степени расторможенности, является одним из множества симптомов, сопровождающих нарушения развития ребенка. Самые разные нарушения психической деятельности могут иметь «фасад» в виде беспокойства и излишней активности малыша. Но врачи выделяют состояние, при котором болезненно повышенная двигательная активность ребенка является главным признаком, стержнем синдрома, который нарушает социальную

адаптацию ребенка. Это состояние получило название синдрома гиперактивности с дефицитом внимания, нередко его называют также гипердинамическим или гиперкинетическим синдромом. Проявления гиперактивности могут входить в состав более сложного психоорганического синдрома, но могут выступать и достаточно автономно.

У детей с подобным расстройством повышенная активность проявляется чрезвычайно ярко: ребенок ни минуты не сидит спокойно, постоянно суетится, отвлекается. С началом обучения в школе выясняется, что ребенок не может спокойно сидеть на уроке, отвлекается, встает, ходит по классу. Черты, характеризующие синдром гиперактивности, — общее двигательное беспокойство, неусидчивость, обилие лишних движений, недостаточная целенаправленность и импульсивность поступков, повышенная возбудимость - часто сочетаются с трудностями в усвоении школьных навыков (чтение, счет, письмо).

Понятно, что такой ребенок вызывает беспокойство и раздражение взрослых, нередко считающих, что тот не хочет сосредоточенно работать, не хочет подчиняться дисциплинарным требованиям. Беда ребенка заключается в том, что он не «не хочет», а не может вести себя соответственно школьным правилам из-за специфических нарушений функционирования мозговых систем. Ученые связывают это состояние прежде всего с недостаточностью тех систем, которые «ответственны» за локальную активацию определенных зон мозга, обеспечивающих целенаправленное внимание, и за общий уровень бодрствования, необходимый для полноценного включения в деятельность. Ребенок как бы не может ни на чем сконцентрироваться, последовательно и целенаправленно что-либо выполнять. Естественно, что учебная деятельность, требующая прежде всего целенаправленности, планирования и самоконтроля выполняемых действий, оказывается для такого ребенка особенно трудной.

Синдром гиперактивности встречается при различных заболеваниях и нарушениях развития. Чаще всего он наблюдается при отдаленных последствиях органического поражения мозга и сочетается с нарушениями памяти, работоспособности, высших корковых функций. Подобное поражение может быть обусловлено воздействием неблагоприятных факторов на развивающийся мозг во

внутриутробном периоде, в раннем возрасте и иметь своими последствиями минимальные, негрубые повреждения мозга. Эти нарушения не всегда выявляются при обычном неврологическом обследовании, однако на электроэнцефалограмме могут отмечаться недостатки регуляторных функций ствола головного мозга, очаги патологической активности в коре или в подкорковых структурах головного мозга.

Хотя этот синдром часто называют «гипердинамическим», т.е. синдромом повышенной двигательной активности, основным дефектом в его структуре является дефект внимания. У такого ребенка сильно страдают объем и концентрация внимания, он может сосредоточиться на чем-либо лишь на несколько мгновений, у него чрезвычайно повышена отвлекаемость (он реагирует на любой звук, на любое движение в классе).

Такие дети нередко бывают раздражительными, вспыльчивыми, эмоционально неустойчивыми. Как правило, им свойственна импульсивность поступков (сначала сделает, а потом подумает), что приводит к тому, что ребенок часто попадает в ситуации, опасные для него: например, бежит по улице, не глядя на приближающийся транспорт; занимается физически опасной деятельностью, не задумываясь о последствиях. Раздражительность, импульсивность, неумение управлять своим поведением в игре и в общении затрудняют контакты со сверстниками, приводят к агрессивному и деструктивному поведению (в состоянии возбуждения ребенок может сломать попавший ему в руки предмет, разорвать или смять тетрадь и т.п.).

Эмоциональная напряженность, свойственная таким детям, склонность остро переживать трудности, которые возникают при обучении в школе, приводят к тому, что у ребенка легко формируются и фиксируются негативная самооценка и враждебность ко всему, связанному со школьным обучением, протестные реакции, неврозоподобные и психо-патоподобные расстройства. Эти вторичные расстройства усугубляют картину, усиливают школьную дезадаптацию, ведут к формированию негативной «Я-концепции» ребенка. Развитие вторичных нарушений в значительной степени зависит от среды, которая окружает ребенка, определяется тем, насколько взрослые способны понять трудности, возникающие

из-за болезненно повышенной активности и эмоциональной неуравновешенности ребенка, и создать условия для их коррекции в атмосфере доброжелательного внимания и поддержки.

Первые проявления синдрома гиперактивности могут проявиться у детей с первых дней жизни: у них часто повышенный мышечный тонус, они чрезмерно чувствительны ко всем раздражителям (свету, шуму), плохо спят, во время бодрствования подвижны и возбуждены. В 3—4 года отчетливой становится неспособность ребенка сосредоточенно заниматься чем-либо, он не может спокойно слушать сказку, не способен играть в игры, требующие концентрации внимания, его деятельность носит преимущественно хаотический характер. Особенно ярко нарушения поведения ребенка проявляются в ситуациях, требующих организованного поведения: например, на занятиях и утренниках в детском саду.

Двигательная расторможенность ребенка с возрастом имеет тенденцию к уменьшению и может смениться в подростковом возрасте на противоположное: инертность и безынициативность. Однако неспособность длительное время поддерживать концентрацию внимания и контроль над своими импульсами становится наиболее отчетливой при начале школьного обучения, мешает усвоению знаний, приводит к дисциплинарным проблемам. Все это может значительно нарушить школьную адаптацию ребенка, испортить его взаимоотношения со взрослыми и сверстниками, привести к искажению личностного развития. Но понимание взрослыми (родителями, учителями) проблем ребенка, своевременная коррекционная помощь с их стороны могут способствовать значительной компенсации нарушений поведения и обучения.

В тех случаях, когда на первый план выступает чрезмерная утомляемость ребенка, не дающая ему возможности полноценно включиться в учебный процесс, врачи говорят о церебрастеническом синдроме — состоянии, для которого характерна повышенная истощаемость нервной системы при умственной нагрузке. Трудности ребенка при этом определяются неравномерной, колеблющейся работоспособностью, высокой истощаемостью со снижением концентрации внимания и контроля за своей деятельностью, замедленным темпом усвоения

учебного материала. Подобные состояния нередко возникают у детей с негрубыми остаточными проявлениями органического поражения мозга как ответ на систематическую учебную нагрузку.

Особенно часто церебральные расстройства сопровождаются гипертензионно-гидроцефальным синдромом (повышение внутричерепного давления). Такие дети выделяются среди сверстников увеличенными размерами головы, выпуклым высоким лбом, иногда удлинённой затылочной частью головы. Кожа у них часто имеет бледный цвет, «мраморный» рисунок, при волнении или напряжении быстро краснеет, на висках и лбу выражена венозная сеть вплоть до набухания височных вен.

Неврологические расстройства при гипертензионно-гидроцефальном синдроме зависят от тяжести и характера первичного поражения головного мозга, ведущего к повышению внутричерепного давления. Как правило, для таких детей характерна моторная неловкость — они поздно овладевают двигательными навыками, бывают менее ловкими, чем их сверстники, имеют недостаточно хорошую координацию движений. К школьному возрасту становится явным отставание в развитии мелкой моторики. При этом часто наблюдаются вегетативные расстройства: различные нарушения обмена веществ, расстройства сна, аппетита, терморегуляции, повышенная потливость, неустойчивость тонуса сосудов, головные боли и головокружение. Для этих детей характерна также неустойчивость психического тонуса: резкая смена настроения, плаксивость, быстрый переход от состояния оживления к апатии. Сочетание эмоциональной неустойчивости с вегетативными регуляторными расстройствами у детей с проявлениями церебральной патологии создаёт почву для формирования невротоподобных расстройств (тики, заикание, энурез и т.п.).

Главной помехой в обучении этих детей является повышенная утомляемость при умственной нагрузке, собственно церебральные проявления. Даже при сохранённой учебной мотивации, положительной ориентации на обучение они могут иметь умственное напряжение лишь на очень короткий срок. При увеличении объёма задания, требующего сосредоточения и напряжения, быстро наступает утомление, которое выражается в первую очередь в расстройстве внимания

(неустойчивость и снижение объема), а также в недостаточной целенаправленности и слабости контроля за собственными действиями в процессе выполнения того или иного задания. Через 8—10 минут, а то и раньше, ребенок уже только присутствует в классе, будучи неспособным принимать участие в уроке. Если при этом он старается дать необходимое напряжение сверх своих возможностей, возникает еще большее истощение нервной системы и переутомление. Хроническое утомление, или переутомление, снижает и без того невысокую работоспособность, усиливается эмоциональная неустойчивость, раздражительность и возбужденность, возникают головные боли.

Очень характерно для этой категории детей нарастание количества ошибок, в том числе «глупых», при увеличении объема заданий. Нередко раздосадованные этими ошибками родители или учитель требуют многократного повторения какого-либо действия для закрепления навыка. Однако, к их недоумению, количество ошибок не уменьшается, а, наоборот, возрастает. Это специфическая особенность детей с повышенной истощаемостью -- чем больше объем задания, тем сильнее истощение, тем ниже самоконтроль, тем больше ошибок. Если ребенок при этом огорчен недовольством взрослых, чувствует себя беспомощным и виноватым, его деятельность нарушается еще сильнее — и уже ни о каком положительном результате такого «обучения» говорить не приходится. Однако, отдохнув и расслабившись, такой ребенок нередко сам находит свои ошибки и исправляет их. Это показывает, что ему вполне доступен уровень сложности предложенного задания.

Темп и объем школьной программы, продолжительность урока, количество детей в классе — эти нормативные нагрузки оказываются для такого ребенка непосильными. В результате у него появляются признаки отклонений в состоянии здоровья, чувство постоянной усталости. Дети в таком состоянии не могут полноценно работать на уроке, отвлекаются, не слушают объяснений учителя, переутомление нередко бывает причиной расторможенности, возбужденности или, наоборот, апатии. И то и другое в данном случае становится способом защиты от непосильных трудностей, «ухода» из ситуации обучения.

И гиперактивность, и церебрастенические расстройства могут выражаться как изолированно, так и в составе психоорганического синдрома. Несколько слов необходимо сказать и о судорожных проявлениях, которые также могут являться частью этого синдрома.

Судорожный синдром может быть как основным признаком хронически текущего нервно-психического заболевания -эпилепсии, так и проявлением нарушений в функционировании головного мозга вследствие его повреждения при мозговых травмах (в том числе родовых), нейроинфекциях, а также неспецифической реакцией на вредоносные факторы, например на повышение температуры тела при заболевании (так называемые фебрильные судороги).

Трудности в диагностике представляют нетипичные проявления судорожного синдрома, протекающие в виде вегетативных приступов (обмороки, приступообразные боли в животе, приступы головных болей и головокружения, тошноты и рвоты, некоторые случаи недержания мочи и кала) или в виде приступообразных расстройств настроения (раздражительность, плаксивость, драчливость, упрямство на фоне тоскливо-злобного настроения или эпизоды приподнятого настроения с двигательной возбужденностью и расторможенностью). Такие состояния не сопровождаются нарушением сознания и нередко воспринимаются окружающими как проявления дурного характера ребенка.

В настоящее время в связи с улучшением диагностики судорожных состояний и достаточно хорошими возможностями лечения типичные судорожные приступы и характерные для судорожной болезни изменения поведения (специфические черты так называемой «эпилептической личности»: педантизм, эгоцентризм, повышение влечений, льстивость, склонность к слащавости, малоподвижность эмоций, «застревание» на негативных переживаниях, доходящая до выраженного злопамятства, патологическая обстоятельность, вязкость, тугоподвижность мышления) встречаются относительно редко. У детей и подростков, особенно в начальной стадии заболевания, они могут отсутствовать или иметь стертый характер. На первый план у них чаще выступают такие особенности, как двигательная расторможенность, повышенная возбудимость со склонностью к

взрывчатости. В отдельных случаях достаточно рано могут отмечаться постоянный хмурый фон настроения, недоверчивость, появление приступов злобности, повышенное сексуальное влечение.

Важное место в картине психических особенностей у детей с судорожными расстройствами занимают нарушения познавательных процессов. Наряду с замедленностью и тугоподвижностью мышления, склонностью к детализации, «застреванию» часто отмечается снижение памяти и внимания. В связи с тем, что пароксизмальные расстройства нередко имеют в своей основе остаточные проявления травматического поражения мозга, у ребенка могут отмечаться признаки «органического» нарушения психической деятельности: выраженная истощаемость, утомляемость, нарушения целенаправленности деятельности и концентрации внимания, головные боли при умственной нагрузке. Локализация судорожного очага в коре головного мозга оказывает определенное влияние на недостаточность формирования отдельных корковых функций. (Так, к примеру, при расположении очага судорожной активности в затылочно-теменных отделах мозга на первый план может выступать нарушение зрительного восприятия, что затрудняет распознавание букв и цифр; при расположении его в височной доле — нарушения фонематического слуха, памяти, эмоционального фона.) При неблагоприятном течении заболевания или отсутствии лечения очевидными становятся нарушения интеллектуальной деятельности (аналитико-синтетических процессов, способности к абстрагированию).

4. ТАКИЕ РАЗНЫЕ... ЧТО ЖЕ У НИХ ОБЩЕГО?

Описание различных клинико-психологических вариантов задержки психического развития показывает, какими разными могут быть дети, объединяемые этим термином. Действительно, что общего у быстро устающего от любой умственной деятельности, тревожного, медлительного «церебрастеника» и ребенка с неустойчивым вариантом дисгармоничного инфантилизма — ребенка «без царя в голове»? Только ли трудности в обучении?

Наш опыт позволяет утверждать, что понятие «трудности в обучении» является более широким, чем понятие «задержка психического развития». В практике

встречаются дети, страдающие от соматической ослабленности, церебральной астении и т.д., с достаточно сохранный познавательной деятельностью, с хорошей учебной мотивацией и правильной личностной ориентацией на обучение. При адекватной организации учебного процесса они относительно легко компенсируют свои трудности, тогда как дети с общей задержкой развития обязательно нуждаются в специальной коррекционной помощи. Без этой помощи они не справляются с тем государственным образовательным стандартом, который должен освоить ученик общеобразовательной школы.

В строгом смысле слова поставить диагноз «ЗПР» мы можем лишь тогда, когда в состоянии ребенка достоверно присутствуют оба компонента задержанного развития: эмоционально-волевой и когнитивный.

Эмоционально-волевой компонент, или личностная незрелость, как правило, бывает очевидна уже при простом наблюдении за такими детьми: по сравнению с нормально развивающимися сверстниками они более зависимы от взрослого, безынициативны, у них слабо выражены познавательные интересы, проявляющиеся в бесконечных вопросах нормально развивающихся детей. Игровая деятельность у таких детей недостаточно разнообразна и сюжетна, им трудно хотя бы относительно долго сосредоточиться на каком-либо одном занятии. Нередко отмечаются примитивность и неустойчивость эмоций: дети легко переходят от смеха к слезам и наоборот. Существенным - ведущим - признаком эмоционально-волевого компонента задержки психического развития является низкий уровень познавательной активности, отраженный во всех видах психической деятельности (в восприятии, мышлении, игре). Ребенок с задержкой психического развития как бы менее заинтересован в том, что происходит вокруг него, его восприятие менее активно и дифференцировано (так, без посторонней помощи он не обратит внимание на первые листочки и не свяжет их с пригревшимся по весне солнышком, не заметит различий между трамваем и троллейбусом, не поинтересуется у мамы, что она делает на работе). Низкий уровень познавательной активности — одна из причин того, что ребенок медленнее и в меньшем объеме усваивает информацию, поступающую из окружающего мира, у него длительно формируются представления, понятия, различные навыки и умения. В учебной

деятельности низкая познавательная активность приводит к недостаткам ориентировочной деятельности, ребенок «слушает, но не слышит, смотрит, но не видит», т.е. не вникает в предложенное задание, ему трудно отличить существенное от несущественного, выделить главное и мобилизовать свое внимание и усилия на его решении.

Второй существенный компонент задержки психического развития — когнитивный — затрудненное восприятие и переработка поступающей извне информации. Связаны эти недостатки не с первичными дефектами органов чувств, а с несформированностью дифференцировки синтеза, сопоставления элементарных ощущений, из которых формируется целостный образ, и низкой скоростью приема и переработки информации в центральном звене анализаторов. Особенно ярко низкий уровень познавательной активности, ориентировочной деятельности и восприятия проявляется в несформированности наблюдения — систематического и целенаправленного, осуществляемого с целью изучения предметов и явлений, обнаружения происходящих в них изменений и установления неочевидного смысла. Именно поэтому ребенок с задержкой психического развития особенно остро нуждается в специальной помощи для осознания и осмысления всей окружающей его жизни: закономерностей природного мира и человеческих взаимоотношений.

Нейрофизиологические и нейропсихологические основы этой особенности детей с ЗПР достаточно хорошо изучены. В ее основе лежит функциональная или органическая несостоятельность сложных мозговых структур, отвечающих за восприятие и переработку поступающей информации, за регуляцию психической активности и направленности внимания. Определенную роль играют также недоразвитие системы, связывающей правое и левое полушария головного мозга, ослабленная активация левого полушария при поступлении информации в правое полушарие. У детей с ЗПР замедлена передача информации из одного полушария в другое, снижена скорость приема и переработки сенсорной информации (т.е. информации, поставляемой в мозг органами чувств — то, что ребенок слышит, видит и т.д.). При психологическом обследовании это проявляется в более медленном реагировании на внешние стимулы, особенно при усложнении

сигналов или нарастании темпа предъявления стимулов. Ребенок испытывает затруднения в опознании предметов, звуков, ритмов. Эти трудности нарастают при коротком времени предъявления сигнала, при необычном ракурсе показываемого предмета. В связи с недостаточностью процесса переработки сенсорной информации у него страдает целостное восприятие объектов и ситуаций, многое он воспринимает фрагментарно, неполностью и не может поэтому осмыслить и усвоить, включить в свой интеллектуальный «актив». Образы, воспринятые ребенком, оказываются недостаточно дифференцированными и полными. Особенно отчетливо страдает восприятие сложных объектов, основанное на интеграции различных ощущений и требующее участия разных анализаторов и развитых связей, а также восприятие в неблагоприятных условиях, при наличии каких-либо артефактов («зашумления» объекта восприятия на фоне, будь то перечеркнутая дополнительными линиями картинка или голос учителя в шумном классе).

Недостатки внимания становятся очевидными при простом наблюдении за детьми: они плохо сосредотачиваются на одном объекте, их внимание неустойчиво, что проявляется в любой деятельности, которой занимается ребенок. Особенно ярко это наблюдается не в экспериментальных условиях, а в свободном поведении ребенка, когда в значительной мере раскрываются несформированность саморегуляции психической деятельности и слабость мотивации. Внимание отличается более узким полем, что приводит к фрагментарности выполнения заданий. Недостатки внимания у детей с ЗПР в значительной мере связаны с низкой работоспособностью и повышенной истощаемостью, которые характерны для детей с органической недостаточностью нервной системы.

В целом дети с ЗПР обладают худшей памятью, чем их нормально развивающиеся сверстники. По данным психологических исследований, у них в большей степени страдает долговременная, чем кратковременная память. При изучении произвольной образной и словесной памяти в экспериментах было показано преобладание наглядно-образной памяти по сравнению со словесной. Снижение памяти проявляется не только в «технической» недостаточности процесса запоминания и воспроизведения материала, но и в трудности смысловой

переработки информации, неумении найти вспомогательные приемы для запоминания — т.е. ребенок использует преимущественно механический вид памяти. Поэтому особенно трудно дается ему запоминание материала, требующего логического объединения частей в последовательное и целое.

Особенности мышления детей с ЗПР важны для разработки системы психолого-педагогической коррекции и для дифференциальной диагностики этого состояния с умственной отсталостью. Их изучению посвящено много психологических исследований, показавших отставание всех видов мышления (наглядно-действенного, наглядно-образного, словесно-логического). При этом наглядно-действенное мышление меньше всего отличается от такового у нормально развивающихся детей; и даже в тех случаях, когда задание затрудняет ребенка, он достаточно легко и быстро использует помощь, т.е. показывает значительную обучаемость.

Недостатки наглядно-образного мышления выражены значительно. Они обусловлены как несформированностью мыслительных операций, так и нечеткостью образов-представлений, что дополнительно затрудняет возможность оперировать ими: расчленять, соотносить, объединять и сопоставлять образы и их элементы. Выявляемые при этом трудности усугубляются недостатками пространственного восприятия и пространственной ориентировки, свойственными детям с ЗПР.

Особенно отстает у детей с ЗПР развитие словесно-логического мышления. Это связано и с недостатками речевого развития детей (прежде всего с несформированностью обобщающей функции слова), и с несформированными мыслительными операциями (анализом, синтезом, отвлечением, обобщением, различением, сравнением). При этом обнаруживается неравномерность в формировании разных проявлений этого вида мышления: можно сказать, что оно тем доступнее для ребенка, чем конкретнее понятия, которыми необходимо оперировать. Так, обобщение реальных объектов и видовых понятий, классификация реальных объектов оказываются более или менее доступными, а осуществление суждений и умозаключений нередко недоступным даже при наличии помощи. Скажем, используя ту или иную операцию в условиях

несложной задачи, ребенок с ЗПР часто не может применить ее к решению несколько более сложной задачи или задачи с иными условиями. Недостаточное владение мыслительными операциями отчетливо выступает при решении арифметических задач, где дети с ЗПР значительно отстают от нормально развивающихся сверстников.

Выполнение учебных заданий ребенком с задержкой психического развития затрудняют не только несформированность ориентировочной деятельности и недостаточное владение мыслительными операциями. Формирование трудностей в обучении у детей с подобными проблемами происходит и по причине сниженной способности планирования своей деятельности, неумения предвидеть результат и соотносить с ним произведенные действия, т.е. несформированности операций программирования и контроля. Все вместе приводит к тому, что ребенок при выполнении задания часто действует «на авось»: «Что? Разделить? Умножить?» — спрашивает он у учителя, надеясь отгадать правильный способ выполнения задания, не осмысливая его.

Для детей с задержкой психического развития характерны также недостатки развития двигательной сферы, обусловленные функциональной незрелостью или остаточными явлениями органического поражения нервной системы. Двигательная неловкость, нерациональные, избыточные, неточные движения, дефекты координации, мышечные подергивания, реже — снижение двигательной активности отмечаются у подавляющего большинства таких детей. Как правило, отчетливо проявляются дефекты координации движений, в которых участвуют группы мышц обеих половин тела. Особенно ярко отставание в развитии двигательной сферы проявляется при исследовании произвольных осознанных движений, направленных на достижение определенной цели и требующих ориентировки в пространстве и согласованной деятельности различных анализаторов, прежде всего зрительного. При обучении ребенка эти недостатки затрудняют овладение изобразительной деятельностью и письмом.

Особенности речевого развития ребенка с ЗПР также вносят свой негатив в общую картину трудностей в обучении, практически неизбежным образом возникающих у него. О недостатках речи у большинства детей с ЗПР

свидетельствуют запоздалое появление первых слов и первых фраз, замедленное расширение словаря и овладение грамматическим строем, нередко отмечаются недостатки звукопроизношения и звукоразличения. В старшем дошкольном возрасте в условиях повседневного общения эти недостатки отчетливо не выступают, и бытовая речь детей с ЗПР практически не отличается от речи нормально развивающихся сверстников. Однако при пересказе прочитанного текста или составлении собственного рассказа (по картинке или просто на заданную тему) отчетливо обнаруживается недостаточность активного словаря, особенно слов, обозначающих признаки предмета (прилагательных), неточное употребление отдельных слов, ограниченность слов, обозначающих общие понятия, затруднения словообразования. Обычно страдает грамматический строй речи: дети практически не используют развернутые фразы, нарушают порядок слов, не согласуют слова между собой.

Отставание в формировании речи проявляется и в трудностях понимания некоторых речевых конструкций, а также речевых форм выражения пространственных отношений. Существенным фактором в замедлении становления речевых функций является отсутствие познавательного отношения к речи: дети с ЗПР не вычленяют в речевом потоке слова, а в словах звуки, как нормально развивающиеся дошкольники. Для успешного обучения грамоте они нуждаются в специальном формировании этих действий.

Недостатки речевого развития являются у детей с ЗПР следствием низкого уровня познавательной и собственно речевой активности, несформированности мыслительных операций, т.е. вторичным дефектом. Проявляться они могут в разной степени. В тех случаях, когда недостатки речевого развития выражены особенно сильно, можно предположить наличие сложного дефекта — общей задержки психического развития, осложненной первичным нарушением речевых функций.

Обучение детей с ЗПР осложняется такими явлениями, как неспособность сосредоточенно работать, повышенная утомляемость, замедленный темп мышления и деятельности, инертность (ребенок с большим трудом переключается с одной деятельности на другую, с одного способа выполнения задания на другой).

Недоучет ситуации, неумение тормозить свои желания, неспособность к волевому усилию затрудняют приспособление к условиям школы. Ограниченная способность к организованной целенаправленной деятельности, недостаточная выраженность интеллектуальных интересов, слабая мотивация учебной деятельности, сочетаясь с недостатками восприятия, памяти, внимания, работоспособности, координации движений, речевым недоразвитием, делают недоступными для этих детей темп и объем общепринятой школьной программы.

В качестве примера проанализируем структуру психических особенностей Игоря, которые влияют на его обучение и поведение в школе. Его действия зависят от непосредственных побуждений, он не понимает до конца учебную ситуацию, «не вписывается» в рамки принятых в школе норм поведения. Недоразвитие эмоционально-волевых компонентов учебной деятельности обусловило непродуктивность Игоря в ситуации, где он должен подчиняться инструкции педагога и подавлять свои собственные желания. В связи с этим он непродуктивен, вял, бездеятелен в учебной ситуации и оживляется, становится активным как только переключается на игру, соответствующую его эмоциональным потребностям. Эмоционально-волевая незрелость выражается также в несамостоятельности, повышенной внушаемости, стремлении к получению удовольствия как ведущей мотивации, беспечности, преобладании игровых интересов, недостаточной критичности к своему поведению и результатам своей деятельности. Эмоционально-волевая незрелость сочетается у Игоря с негрубыми интеллектуальными трудностями из-за преобладания конкретно-образного или наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, повышенной истошаемости и пресыщаемости активного внимания, недостаточности словесно-смысловой памяти. Это проявляется как недоразвитие сложных форм мышления, повышенная отвлекаемость, неумение обдумать предложенное задание, сосредоточиться на нем. Особенно сложно для него осознание разницы между общими и частными понятиями (причинно-следственные связи), наибольшую трудность для запоминания представляет тот материал, который требует осознания связи между частями материала. Выявленное при обследовании негрубое снижение всех видов памяти, особенно слухоречевой, обусловлено как

перечисленными особенностями, так и повышенной истощаемостью нервной системы мальчика. Нечеткость и нескоординированность движений пальцев и кистей рук приводят к затруднению формирования навыка письма. Были отмечены также снижение времени стабильной работоспособности (около 10—15 минут при смене видов деятельности, после чего ребенок нуждался в отдыхе и рассредоточении внимания), некоторая инертность и медлительность мыслительных процессов, диссоциирующая с «внешним фасадом» в виде оживленности и повышенной активности.

Анализ психических особенностей мальчика показывает, что в основе его трудностей в обучении лежит не столько интеллектуальная недостаточность, сколько психическая незрелость, инфантильные черты личности. Особенности его развития были оценены как задержка психического развития, родителям было рекомендовано перевести его в класс коррекционно-развивающего обучения, занятия с ним построить таким образом, чтобы выработать интерес к заданиям, научить фиксировать на них внимание, выделять смысловую сторону того или иного задания, оценивать свою деятельность. Кроме того, были рекомендованы общеукрепляющее лечение и охранительный режим учебной нагрузки с целью компенсации повышенной истощаемости нервной системы. Такой комплексный подход к проблемам мальчика позволит скорректировать возникшие при его обучении трудности и гармонизировать его дальнейшее развитие. К счастью, формирование «вторичных дефектов», приводящих к десоциализации, у него еще только намечается, и при правильно осуществленном коррекционном воздействии они вполне обратимы.

5. НЕСКОЛЬКО СЛОВ О ПРИЧИНАХ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Причины отставания в психическом развитии многообразны. Врача часто спрашивают, является ли то или иное отклонение в развитии ребенка наследственным. Ответить на этот вопрос трудно: и генетические факторы, и особенности воспитания формируют общую картину состояния. Исследования, проведенные на близнецах, показали, что наследственность играет важную роль в

определении индивидуальных различий, касающихся интеллекта, особенностей темперамента, предрасположенности к неврозам и других личностных особенностей. Однако тот или иной тип развития ребенка определяется не только наследственностью. Большую роль играют условия, в которых будет развиваться ребенок, тот объем внимания и заботы, которые он получит, стимуляция развития, поощрение одних и неодобрение других проявлений. Обсуждая причины тех или иных особенностей, правильнее говорить об определенных предпосылках к развитию, об индивидуальном варианте взаимодействия с окружающей средой, которые и приводят в конечном итоге к формированию тех или иных свойств личности.

Как мы уже говорили, замедленное созревание специфических структур мозга, отвечающих за личностное и интеллектуальное развитие, нарушение его инструментальных функций, часто связано с остаточными явлениями повреждения мозга. Чаще всего эти повреждения вызваны различными факторами, действующими во внутриутробном периоде развития плода (заболевания матери, хроническая интоксикация, вызванная профессиональными или экологическими вредностями, алкоголизм или наркомания матери, плацентарная недостаточность, приводящая к нарушению снабжения кислородом и др., во время родов (кислородная недостаточность и травмы мозга), иммунологической несовместимостью матери и плода (например, конфликт по резус-фактору), а также послеродовыми травмами мозга, мозговыми инфекциями и интоксикациями.

Проявления повреждения мозговых структур зависят от интенсивности поражающего фактора, его обширности и глубины. Большое значение имеет также время поражения. Известно, что ткани и органы, которые в момент воздействия находятся в состоянии развития и являются незрелыми, оказываются наиболее уязвимыми. В результате больше всего страдают те структуры и функциональные системы, которые формируются в данный возрастной период. При этом надо иметь в виду, что детский мозг — это интенсивно развивающаяся динамичная система с высокими компенсаторными возможностями. Для остаточных проявлений поражения мозга характерна тенденция к сглаживанию с течением времени, а богатые возможности развивающегося мозга ребенка позволяют здоровым

участкам мозговой ткани частично взять на себя нарушенные функции. Недостаточность той или иной функции может частично, а то и полностью компенсироваться за счет здоровых участков мозговой ткани, которые берут на себя функцию поврежденных структур. После завершения процессов роста и специализации участков мозга такое перемещение функций затруднено.

С другой стороны, выраженная недостаточность каких-либо мозговых структур может осложнять развитие и деятельность неповрежденных отделов. Поэтому чем раньше, глобальнее и интенсивнее действует вредоносный фактор, тем больше вероятность нарушения психического развития.

Задерживать созревание мозга могут также обменно-трофические расстройства, ведущие к нарушению питания клеток мозга. Их причины также разнообразны: легкие формы нарушения течения беременности (нарушение питания и режима матери, легкие формы плацентарной недостаточности, многоплодие), хронические расстройства пищеварения, недостаточное или одностороннее питание ребенка, выраженные формы соматических заболеваний, нарушающие обменные процессы в организме. Все эти причины не приводят к грубым структурным нарушениям мозга, а вызывают скорее задержку формирования сложных специфических мозговых систем. Например, такое задержанное созревание мозговых структур лежит в основе инфантильных черт личности при соматогенном инфантилизме.

Большое значение имеет и общее состояние организма: здоровый организм компенсирует многие отклонения, создает хорошие возможности для течения восстановительных процессов. Напротив, болезненность, истощенность будут способствовать проявлениям тех или иных отклонений в развитии.

Важную роль играет социальная среда, которая окружает ребенка. Большое значение имеет стимуляция процессов восприятия, памяти, речи, моторики и т.д. на определенных возрастных этапах, когда происходит наиболее интенсивное развитие определенных систем мозга. В эти периоды развивающиеся системы особенно чувствительны как к стимуляции, так и к ее отсутствию. Известно, что недостаток стимулирующего педагогического воздействия на ребенка в периоды становления важных психических функций может привести к задержке формирования и недостаточности этих функций. Так, при неполноценном,

скудном общении с ребенком в период становления речи его речевое развитие замедляется, страдают словарный запас и выразительность речи. Недостаточные условия для двигательного развития (ограничение подвижности, отсутствие стимулов для развития крупной и мелкой моторики) ведут к задержке формирования координации и ловкости, тонких дифференцированных движений. В случае, когда ребенок не получает адекватного воспитания, растет в условиях безнадзорности, гипоопеки, у него страдает формирование интеллектуальных склонностей и установок, правильного поведения, чувства долга и ответственности, не формируется учебная мотивация. При воспитании с повышенной опекой, когда ребенка лишают возможности проявить самостоятельность, инициативу, принять ответственность за свои поступки, происходит формирование установки на бездеятельность и постоянную помощь, не развивается способность к волевому усилию. Недостаточная стимуляция познавательной активности, отсутствие интересной и значимой для ребенка информации при педагогической запущенности могут снизить потенциальные возможности дальнейшего обучения, так как не стимулируются созревание и развитие тех структур мозга, которые будут обеспечивать учебно-познавательную деятельность.

Условия обучения, в которые попадает ребенок, также могут осложнить проблемы, касающиеся здоровья ребенка. Неблагоприятные, стрессовые ситуации, неадекватные возможностям «задержанного» ученика требования, невнимание к его особенностям и потребностям «рвут там, где тонко». В таких случаях типичными для детей с задержкой психического развития являются вторичные нарушения, проявляющиеся в школьной и социальной дезадаптации, формировании негативной «Я-концепции», искажении взаимоотношений с окружающим миром. Естественным образом ученик с задержкой психического развития, не получающий специальной помощи, попадает в категорию стойко «неуспевающих». Медленно и не всегда верно выполняя задание учителя, нарушая школьные требования и правила, он получает больше порицаний, наказаний и отрицательных отметок. Тревожность, чувство неуверенности в себе, страх перед плохой отметкой или порицанием, так называемая «ориентация на неуспех»

становятся его постоянными спутниками, создают эмоциональный дискомфорт, тормозят усвоение знаний. Получая отрицательные оценки, дети постепенно осознают свое отставание от других учеников. Чувство собственной неполноценности нередко ведет к попыткам самоутверждения в виде различных нарушений поведения, агрессивных проявлений. Неуспеваемость ребенка, отрицательная оценка его со стороны взрослых приводит не только к формированию заниженной самооценки у самого ученика, но и к неприятию его сверстниками. Соученики склонны негативно оценивать не только успеваемость, но и личностные качества отстающего ученика, его внешний вид, в классе формируется пренебрежительное отношение к нему.

В младшем школьном возрасте успешность обучения и оценка школьным учителем играют значительную роль в отношении родителей к ребенку. К сожалению, родители далеко не всегда способны понять трудности своего ребенка и помочь ему, более привычными оказываются обвинения в лени, наказания, выговоры. В лучшем случае чувство ущербности усугубляется из-за неприятия родителями школьных неудач своего ребенка, а в худшем — его самого как личности. Результатом оказывается заниженная самооценка, постоянное отрицательное эмоциональное напряжение, которые приводят к снижению эффективности умственной деятельности. Ребенок постепенно перестает справляться с теми задачами, которые до этого были ему доступны. Чувство страха, сопровождающее возникшие трудности, парализует познавательную деятельность, ведет к агрессивным тенденциям, направленным на окружающих или самого себя. Отсутствие возможности самоутверждения в глазах родителей, сверстников, учителя приводит к поиску сферы самоутверждения вне стен школы и дома, нередко - в виде асоциального поведения и хулиганства.

Поэтому для ребенка с задержкой психического развития очень важна для обучения психологически комфортная обстановка, исключая перенапряжение, истощение, стойкие отрицательные переживания и психические травмы.

Большой опыт работы специальных групп и детских садов для детей с задержкой психического развития подтверждает колоссальное значение специальной развивающей работы с детьми, по тем или иным причинам

отстающих от сверстников. Значительная часть детей, прошедших обучение по специальным коррекционно-развивающим программам, разработанным для этих учреждений, в течение двух лет смогли продолжить обучение в массовых классах общеобразовательных школ и оказались достаточно подготовленными для того, чтобы успешно усваивать школьную программу. Остальные выпускники этих садов достаточно успешно обучались по программе классов КРО, осваивая государственный общеобразовательный стандарт.

Таким образом, можно говорить о разнообразном сочетании «внутренних» и «внешних» факторов, способствующих возникновению, усугублению или, напротив, выравниванию задержки психического развития. Их классификация весьма условна и для приблизительной ориентировки может быть представлена следующим образом:

«Биологический» фактор, включающий:

1) особенности созревания и развития структурно-функциональных мозговых систем, их недостаточность, незрелость или дисгармоничное развитие, проявляющееся большим набором более или менее четко очерченных синдромов (могут быть обусловлены наследственной предрасположенностью, повреждением плода во время беременности и родов, перенесенными в раннем возрасте травмами мозга, тяжелыми, повреждающими мозг заболеваниями);

2) соматическое неблагополучие ребенка, снижающее общий и психический тонус, устойчивость к регулярной учебной нагрузке (все виды соматических болезней, выраженных в такой степени, чтобы вызывать обменно-трофические нарушения со стороны головного мозга, невропатия — врожденная недостаточность вегетативной нервной системы);

3) психические заболевания (так называемые «пограничные» или более выраженные, влияющие на возможность адаптации ребенка к условиям обучения, общению со сверстниками; его поведение и возможные реакции).

Психологический фактор, включающий:

1) индивидуальные личностные особенности ребенка;

2) психологическую готовность к систематическому обучению, имеющую эмоциональный, когнитивный и социальный аспекты;

3) психологические реакции, в том числе защитные; индивидуальный вариант реагирования на неблагоприятную для ребенка ситуацию развития.

Социально-педагогический фактор, включающий:

1) условия семейного воспитания, взаимоотношений в микросоциуме, окружающем ребенка вне стен школы;

2) педагогический анамнез, т.е. тот путь обучения, который ребенок прошел, и усвоенные им в процессе этого знания, умения и навыки, определяющие уровень подготовленности к дальнейшему обучению.

Все многообразие вариантов задержки психического развития вызвано различными сочетаниями этих факторов, от выраженности которых зависит степень отставания в развитии, тяжесть его проявлений, эффективность лечебно-оздоровительной и коррекционно-развивающей работы с ребенком и прогноз дальнейшего развития.

6. КАК ВЫЯВИТЬ ЗАДЕРЖКУ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ?

Мы уже упоминали, что особенности поведения ребенка с задержкой психического развития хоть и имеют свои характерные черты, вполне могут быть расценены непосвященным наблюдателем как крайние формы поведения «обычных» детей. «Ну, более шумный, ну, не очень внимательный, ну, устает — но он же ребенок, в конце концов! Зачем же сразу диагноз ставить!» — восклицают сердобольные «защитники». — «А учится плохо... Так не всем же академиками быть». Упоминали мы и о том, что «хоть и не всем быть академиками», но одни «неакадемики» все же как-то справляются с требованиями, поставленными образовательной системой, а другим это не удастся никакими усилиями. Они выпадают из обучения, безнадежно отстают от сверстников, приобретают неврозы и депрессивные расстройства, не уважают себя, ненавидят школу и все, что с ней связано. И помочь им может не сердобольная реакция с бездейственным сочувствием, а профессиональная психолого-педагогическая помощь, направленная на коррекцию недостатков их развития. Поэтому выявление и диагностика задержанного психического развития чрезвычайно важны: определить стратегию помощи ребенку с задержкой психического развития можно,

только понимая особенности нарушения у него учебно-познавательной деятельности и поведения, причины его дезадаптации к школе или другому детскому учреждению.

Иметь представление об основных особенностях детей с задержкой психического развития важно для всех специалистов, работающих с детьми: воспитателей, учителей, логопедов, дефектологов, детских врачей. Ведь чем раньше будут выявлены неблагоприятные тенденции в развитии ребенка, тем успешнее может оказаться их преодоление.

Основной признак задержки психического развития - трудности в освоении знаний, умений и навыков, которыми уже овладели сверстники. Какие же особенности поведения, деятельности, речи должны насторожить родителей или педагога, натолкнуть их на мысль о необходимости проконсультировать ребенка в психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК)? Эти особенности можно разделить на несколько групп.

1) Особенности поведения: ребенок не выполняет принятые в детском коллективе правила поведения, чрезмерно подвижен или, напротив, вял; не сразу воспринимает обращение взрослого, нуждается в многократном повторении требований и контроле за их выполнением; не умеет поддерживать игру, часто конфликтует (дерется, кричит) или, напротив, излишне осторожен (неуверен, боязлив), плаксив;

2) Особенности деятельности во время учебных занятий: ребенок работает медленно и невнимательно, у него низкий, неравномерный трудовой темп или, напротив, он работает быстро, но хаотично, «бестолково», не способен сам организовывать свою деятельность, оценивать ее результат; неусидчив, не доводит дело до конца, мешает детям или педагогу на занятиях;

3) Особенности речевого развития и представлений об окружающем мире: у ребенка смазанная, невнятная, грамматически неправильная речь, бедный словарный запас, скудный объем знаний об объектах ближайшего окружения, он не умеет пересказывать простые тексты или рассказывать истории, путается во временных понятиях, с трудом улавливает причинно-следственные связи в явлениях природы или литературных сюжетах;

4) Особенности физического развития: отличается слабым здоровьем (часто болеет, плохо ест, беспокойно спит), отстает в весе, росте, двигательной ловкости и выносливости от ровесников, быстро устает, становится вялым или, наоборот, расторможенным; у него нарушена общая координация движений (неуклюжий), мелкие точные движения кистей и пальцев рук развиты плохо.

Дополнительное внимание к этим особенностям развития ребенка требуется от педагогов в тех случаях, когда обнаруживается недостаток заботы со стороны родителей: они безразличны к внешнему виду ребенка (он выглядит «неухоженным» — неопрятно ест, небрежно одевается, производит впечатление «грязнули»), не интересуются жизнью детского учреждения, мало общаются с педагогом, не выполняют рекомендаций по занятиям с ребенком, последними забирают его из детского сада или школы.

Конечно, каждый из перечисленных признаков не является достаточным для утверждения о том, что ребенок отстает в развитии. Но их сочетание, особенно если они ярко выражены, указывает на наличие существенных недостатков возрастного формирования, требующих серьезного анализа.

Только комплексная диагностика способна осуществить целостный подход к ребенку, учесть все многообразие факторов, влияющих на становление его психики, на развитие познавательной деятельности, особенности школьной адаптации. Эти факторы разнородны, среди них можно выделить: биологические — состояние здоровья, темпы и особенности созревания морфо-функциональных мозговых структур; психологические — особенности индивидуального развития психики ребенка, его познавательной и личностной сфер; социальные — особенности адаптации к школьным условиям, внутрисемейные отношения, ценностные ориентации семьи; педагогические — способы и пути обучения ребенка, его обученность на текущий момент. Факторы, влияющие на становление психики ребенка, могут быть выражены в разной степени, сочетаться друг с другом в самых разнообразных вариантах, что создает сложную индивидуальную картину в каждом конкретном случае.

Целостностный подход основан на том, что отдельные стороны психической организации ребенка не изолированы, а проявляются целостно, в совокупности

всех психических качеств личности, обусловлены мотивационными установками и зависимы от его физического состояния. Поэтому для решения диагностических вопросов недопустимо изолированное выделение каких-либо проявлений отклоняющегося развития без учета других особенностей состояния ребенка. Для осуществления целостного подхода необходимо тесное взаимодействие разных специалистов в ходе диагностики, (педагога, логопеда, психолога, врача), которое позволит оценить его состояние с разных позиций.

Оценка диагностированных нарушений должна проводиться также с позиций возрастной психологии с учетом закономерностей становления психики ребенка. Изучение ребенка с позиций общих закономерностей и индивидуальных особенностей развития получило название онтогенетического принципа диагностики. Важно не просто фиксировать отдельные нарушения, а стремиться к определению причин их возникновения. Это позволяет не только более точно квалифицировать выявленные отклонения, но и оценить их как первичные, вторичные и третичные. Выделение первично обусловленных отклонений (имеющих органическую природу), а также обусловленных вторично и третично (возникающих на основе первичных и вследствие того, как первичные отклонения нарушают социальную ситуацию развития) существенно для определения стратегии и тактики коррекционных мероприятий.

Диагностика задержки психического развития должна проводиться квалифицированными специалистами в условиях психолого-медико-педагогической консультации — именно там есть все условия для комплексного анализа состояния ребенка. Необходимо отметить, что у нас в стране до сих пор не существует достаточно надежных стандартизированных наборов психологических методик, позволяющих безошибочно установить диагноз: «ЗПР». На сегодняшний день не существует единого метода, с помощью которого мы можем определить наличие и степень выраженности у ребенка задержки психического развития и дифференцировать ее от состояний, имеющих сходные проявления. Все характеристики задержки психического развития носят преимущественно описательный, а методики исследования — качественный, а не количественный характер. Плохо ли это? Отчасти да, так как в этом случае специалистам сложно

прийти к единому мнению. Отчасти и хорошо, потому что этот же факт не позволяет упростить и унифицировать уникальную и сложную личность, которой является ребенок с задержкой психического развития.

Особенно трудно диагностировать ЗПР у детей в дошкольном возрасте, так как этот период может иметь сходные проявления с умственной отсталостью и недостатками речевого развития. У детей до семи лет имеет место неравномерность созревания психических функций. Поэтому психологическая диагностика в этом возрасте очень сложна, и надо воздерживаться от категоричных суждений, жестоко определяющих дальнейшую судьбу ребенка.

Следует помнить также о том, что диагностический процесс не ограничивается одноразовым исследованием, как бы тщательно оно не было проведено. Должно проводиться и динамическое наблюдение за обучением ребенка в предложенных специалистами условиях. Оба этапа диагностики очень важны, и не следует отказываться ни от одного из них.

Мы уже останавливались на том, что понятие «задержка психического развития» является по своей сути психолого-педагогическим. Поэтому, не умаляя ни в коей мере значимости врачебного обследования ребенка, важности педагогической оценки уровня его достижений, ведущую роль в диагностическом процессе следует отвести психологу. Именно психологическое исследование позволит установить несоответствие уровня психического развития ребенка его возрасту, оценить недостатки восприятия, памяти, внимания, мышления, эмоционально-волевые особенности, умственную работоспособность, умение планировать и контролировать свою деятельность.

В то же время опыт консультирования показывает, что обследование ребенка целесообразно начинать с его клинического изучения (включающее по необходимости неврологическое, педиатрическое и психиатрическое обследование). Такие существенные факторы общего состояния, как наличие негрубых признаков органической недостаточности мозга или психического заболевания, незрелость - несоответствие физических параметров возрастным нормам, соматическая ослабленность, создают тот фон, который влияет на общее состояние ребенка, определяет его устойчивость к учебной нагрузке.

Дополнительные методы исследования позволяют уточнить данные врачебного обследования. Важную информацию об уровне зрелости центральной нервной системы, о функциональном состоянии головного мозга, сформированности важных мозговых структур и систем дает электроэнцефалография (ЭЭГ) — запись биотоков головного мозга. Большую помощь в вопросах диагностики оказывают результаты эхоэнцефалографии (ЭхоЭГ, или УЗИ мозга), позволяющие уточнить наличие повышенного внутричерепного давления, кист, опухолей. Более точными исследованиями являются компьютерная и магниторезонансная томография (ККТ и МРТ), однако проводятся они только при безусловной необходимости, так как являются громоздкими и дорогостоящими. Состояние кровоснабжения головного мозга уточняется реоэнцефалографией (РЭГ) или доплерографией (ДГ). При необходимости проводится также исследование состояния зрения и слуха.

Полученные данные об особенностях развития и состояния ребенка позволяют установить клинический диагноз, т.е. врач определяет, какие органические или функциональные нарушения в центральной нервной системе привели к задержке психического развития.

Далее проводится психолого-педагогическое изучение ребенка. Последовательность обследований специалистами психолого-педагогического профиля (психологом, логопедом, педагогом, дефектологом) не является жестко закрепленной. Практикуется как совместное, так и раздельное консультирование, имеющее свои положительные и отрицательные стороны. Совместное исследование позволяет стереоскопически увидеть одни и те же проявления ребенка при одновременной оценке его особенностей несколькими специалистами; к тому же оно занимает меньше времени, соответственно меньше утомляет ребенка. Раздельное консультирование позволяет создать более комфортную, доверительную атмосферу при обследовании, детально исследовать и проанализировать его психологические, педагогические или логопедические особенности. В то же время оно больше утомляет ребенка в связи с конвейерным характером консультирования, при этом одни и те же методики могут использоваться разными специалистами, что не исключает возможности

тренировки ребенка в их выполнении и получении от него недостоверных сведений.

Целью психологического обследования является определение актуального уровня развития ребенка, его потенциальных возможностей, индивидуальных особенностей интеллектуального и эмоционального развития, прогнозирование дальнейшего развития и разработка путей и методов коррекционной работы, выбор адекватного для него типа учреждения, в котором будут наиболее полно реализованы его возможности.

При психологическом обследовании выявляется уровень развития высших психических функций (восприятие, память, внимание, мышление, речь), двигательной и эмоционально-волевой сферы, работоспособности. Особо следует обратить внимание на сформированность основных компонентов игровой деятельности у детей дошкольного и младшего школьного возраста (характер игры, произвольность, инициативность, творчество, контактность, умение ребенка принять и удержать принятую на себя или порученную ему роль).

Не существует обязательного, жестко закрепленного набора психологических методик для обследования — каждый специалист вправе использовать те из них, которыми он хорошо владеет; набор методик должен быть вариативным, адекватным состоянию ребенка. Выбор и последовательность применения тех или иных методик зависит от целей обследования, возраста и индивидуальных особенностей ребенка, уточненных в результате предыдущих этапов диагностики.

Одной из важнейших задач психологического обследования является выявление потенциальных возможностей («зоны ближайшего развития»), т.е. способности ребенка решать новые, более сложные интеллектуальные задачи, используя помощь взрослого. По мнению Л.С.Выготского, именно состояние «зоны ближайшего развития» дает основание для прогноза успешности школьного обучения. Способность принять и использовать помощь и перенести усвоенный способ решения на аналогичные задачи является показателем обучаемости ребенка: чем более выражена эта способность, тем выше возможности ребенка к обучению. Важно учесть количество и качество оказываемой помощи, поскольку

затруднения в обучении могут быть обусловлены не только интеллектуальной недостаточностью, но и особенностями развития эмоционально-волевой сферы.

Какие психологические особенности ребенка будут достаточно красноречиво говорить о наличии у него задержки психического развития? По данным многолетних психологических исследований, у детей с ЗПР наиболее ярко выражены следующие особенности:

низкий уровень интеллектуальной активности (дети плохо подмечают, осмысливают и запоминают явления окружающей жизни, с трудом обобщают и абстрагируют признаки предметов, поэтому они недостаточно оперируют родовыми понятиями, путают их с видовыми — например, при классификации предметов вместо обобщающего понятия «обувь» они могут использовать видовое «ботинки», вместо видового «воробей» — родовое «птица» и т.п.);

недостатки ориентировочной деятельности — ребенок не вникает в предложенное задание, не обдумывает его даже короткое время, сразу начинает выполнение, при неудачах не ищет способов их преодоления, быстро отказывается от задания;

недостаточно дифференцированное, фрагментарное восприятие, приводящее к неточному воспроизведению, затруднениям при построении целостного образа;

механическое запоминание без выделения смысловых опор (особенно очевидно при пересказывании прочитанных текстов);

некоторое недоразвитие произвольной регуляции поведения — ребенок легко отвлекается, переключается на побочные ассоциации;

слабая и нестойкая познавательная активность, отсутствие интереса к освоению нового.

Дополнительными признаками, выявляемыми при психологическом обследовании, могут быть низкая работоспособность, утомляемость, эмоциональная неустойчивость, недостаточная критичность к своему поведению. Клиническое и психологическое исследования сближают нейропсихологическое обследование, уточняя их и внося свой вклад в представление о причинах и механизмах отклонений в развитии обследуемого ребенка. Использование нейропсихологических методик позволяет выявить недостатки в

сформированности психических функций ребенка. Их применение целесообразно в комплексном изучении детей с задержкой психического развития, так как полученные с их помощью данные позволяют оценить состояние зрительного и слухового восприятия, произвольных целенаправленных движений, речи, памяти - т.е. тех функций, которые обеспечивают возможности овладения элементарными школьными навыками (чтение, письмо, счет, решение арифметических задач).

Нейропсихологический подход отличает представление о системном строении высших психических функций. В соответствии с теорией мозговой организации психических функций, разработанной А.Р. Лурией, в работе мозга можно выделить три блока: энергетический, блок переработки и хранения информации, блок программирования и контроля. Операции каждого из блоков обязательно участвуют в реализации любой высшей психической функции.

Соответственно этому положению, трудности обучения у ребенка могут быть обусловлены как нарушениями или несформированностью анализаторов и связей между ними, так и энергетической недостаточностью в виде повышенной истощаемости внимания и работоспособности (нейродинамические нарушения), или нарушениями целенаправленности познавательной деятельности, несформированностью произвольного внимания и контроля (регуляторные нарушения). Данные нейропсихологического исследования позволяют уточнить структуру нарушений познавательной деятельности, что чрезвычайно важно для индивидуализации психолого-педагогической коррекции.

При нейропсихологическом обследовании используются специальные пробы, где наибольшую нагрузку несут одна-две операции, а остальные достаточно просты. Сопоставление близких проб позволяет уточнить, какие именно операции и в какой степени вызывают затруднение.

Оценивая полученные результаты, желательно ответить на следующие вопросы:

- 1) Какова тяжесть и распространенность нарушений психических функций?
- 2) Каков ведущий фактор, препятствующий выполнению заданий?
- 3) Какова восприимчивость ребенка к помощи, предлагаемой в процессе проведения эксперимента?

На основании сопоставления результатов выполнения нейропсихологических проб с учетом особенностей деятельности при их выполнении (мотивация, целенаправленность, работоспособность, колебания внимания) и восприимчивости к помощи может быть поставлен нейропсихологический диагноз, отражающий сформированность функций каждого из блоков головного мозга. В некоторых случаях удается также уточнить, недоразвитие каких именно мозговых структур повлекло за собой выявленные отклонения, и дать рекомендации о необходимых направлениях коррекционно-развивающей работы.

Цель педагогического обследования состоит в установлении усвоенного детьми объема и качества знаний, умений и навыков; в выявлении трудностей, которые они испытывают в процессе обучения, овладевая новыми знаниями и видами учебной деятельности; в определении этапа, на котором эти трудности возникают, и тех условий, при которых они могут быть преодолены.

После тщательного изучения педагогической документации проводится непосредственное обследование сформированности у детей навыков чтения, письма и счета.

Большое диагностическое значение имеет анализ выполненных детьми рисунков, которые говорят не только об их технических возможностях в области изобразительной деятельности, но также и о наблюдательности, круге представлений, интересах, эмоциональном состоянии детей.

Во время обследования процессов чтения необходимо выяснить, на каком этапе усвоения навыка находится ребенок и какие он испытывает затруднения.

Если ребенок, который нигде не учился, не умеет читать и не знает букв, это не является диагностически значимым. Однако, если не умеет читать уже обучавшийся ребенок, необходимо вскрыть причину этого явления. Нечитающему можно предложить продекламировать наизусть любое стихотворение или прослушать небольшой рассказ и передать его содержание своими словами. Последующая беседа позволит судить о понимании прочитанного.

При проверке состояния навыка чтения у детей следует учитывать такие показатели, как правильность чтения (нет ли пропусков, замены, искажения букв,

звуков, слогов, слов), сознательность (понимание смысла слов, предложений), беглость (темп чтения), выразительность (соблюдение логических ударений).

У детей, уже овладевших чтением, проверку состояния навыка чтения целесообразно начинать с короткого связного текста; в случае затруднений предлагаются наводящие отдельные слова, слоги, затем проверяется знание букв. У детей, находящихся в процессе овладения чтением, для поддержания чувства успеха целесообразен обратный порядок: сначала проверяется знание букв, затем — навык послогового чтения, затем при достаточно сформированном навыке — умение прочесть текст и передать его содержание.

Ошибки, характерные для всех детей на начальном этапе овладения навыком чтения (перестановки, замены, пропуски букв, слогов и др.), встречаются у детей с задержкой психического развития особенно часто и преодолеваются с трудом. Темп чтения значительно замедлен. Сложная аналитико-синтетическая деятельность в процессе чтения требует от ребенка с ЗПР большого напряжения. В результате у него быстро наступает утомление, которое проявляется в увеличении количества ошибок, потере интереса и внимания, повышенной отвлекаемости и т.п. Однако механического чтения, которое часто наблюдается у умственно отсталых школьников, у них, как правило, не отмечается. Дети вдумываются в смысл прочитанного, могут верно ответить на вопросы, передать содержание текста, хотя и недостаточно полно и последовательно. Бедность словаря, сравнительно небольшой запас знаний и представлений об окружающем мире могут затруднять понимание отдельных слов и выражений, выделение главной мысли, установление причинно-следственных и других связей. Пересказ, как правило, требует наводящих вопросов, подсказок, показывает несформированность монологической речи, преобладание пассивного словарного запаса (понимание слов) над активным (недостаточное использование этих же слов в собственной речи).

Далее определяется уровень овладения техникой письма, грамматикой и правописанием.

Технику письма обучавшихся в школе детей можно проанализировать по рабочим тетрадям, а также по результатам списывания с текста. Для проверки

уровня овладения категориями грамматики и правописанием ребенку следует предложить ряд заданий: списывание с печатного текста слов и предложений, объяснение указанных орфограмм, разделение слов на слоги, письмо под диктовку с объяснением указанных орфограмм, разбор слова по составу и другие с учетом требований программы, по которой обучался ребенок.

Дети с задержкой психического развития без специального обучения оказываются не в состоянии овладеть знаниями и умениями в области родного языка в объеме, предусмотренном учебной программой. Дети пропускают буквы (иногда слоги) и вписывают лишние, смешивают близкие по звучанию или по написанию буквы. В работах встречаются многочисленные ошибки, обусловленные незнанием или неумением применять грамматические правила. Часто отмечаются недостатки графического изображения букв и их соединений: слишком растянутые или чрезмерно сдвинутые элементы букв, несоблюдение строк. Детей с задержкой психического развития, не обученных по специальной коррекционно-развивающей программе, затрудняют и задания по звуковому анализу (например, выделение согласных или гласных звуков в слове и указание их последовательности).

При обследовании навыков счета определяется уровень овладения представлением о количестве, понятием числа, вычислительными навыками и решением задач. Для этого детям предлагается ряд последовательно усложняющихся заданий (называние чисел натурального ряда в прямом и обратном порядке, чисел от заданного до заданного, вопросы на понимание количественного и порядкового значения, называние предыдущего и последующего чисел, сравнение двух чисел: какое из них и на сколько больше или меньше. При обследовании учащихся 3—4 классов общеобразовательной школы выясняют понимание ими разрядности чисел. При проверке уровня овладения счетными операциями в зависимости от этапа обучения ребенка могут быть использованы примеры на сложение и вычитание в пределах первого десятка, в пределах второго десятка с переходом через десяток; на сложение и вычитание с круглыми десятками в пределах сотни, с переходом через разряд в пределах сотни; на табличное и внетабличное умножение и деление.

При анализе решения задачи учитывается способность ребенка повторить условие и вопрос задачи, составить план решения, ответить на вопрос задачи и объяснить решение. Проверяется, могут ли дети ставить вопросы к каждому из этапов задачи, понимают ли они структуру, когда отсутствует один из компонентов, и структуру более сложных задач.

В основе логопедического обследования лежат общие принципы и методы педагогического обследования: комплексность, целостность и динамичность, но вместе с тем оно направлено на выявление, анализ и разработку методов коррекции речевых нарушений.

Содержание логопедического обследования ребенка с ЗПР не отличается от общепринятого, широко представленного в методической логопедической литературе. При обнаружении нарушения какого-либо компонента речи необходимо проверить степень возможного нарушения зависимых от него других речевых процессов (например, письма).

Поскольку нарушения речи иногда обусловлены снижением слуха, то при подозрении на него перед обследованием необходимо проверить слух ребенка.

Как при раздельном, так и при совместном консультировании конечное заключение о характере отклоняющегося развития ребенка, его возможностях в обучении, потребности в специальном типе учебного заведения или индивидуализации подхода к обучению требует совместного обсуждения специалистами полученных результатов (такое обсуждение целесообразно проводить до формулировки заключения и беседы с родителями). При этом большое внимание должно уделяться не только анализу отдельных факторов, влияющих на состояние и развитие ребенка, но и комплексной характеристике общего психического развития.

Для этой характеристики можно выделить показатели оценки психического развития ребенка, существенные для формирования учебно-познавательной деятельности и, следовательно, для организации коррекционно-развивающей работы.

Во-первых, это соответствие ведущего типа деятельности возрастному периоду развития ребенка. Основные закономерности развития детской психики изучены

отечественной психологией. Начальный этап обучения младших школьников приносит свой особый вклад в развитие личности. Известно, что переход от дошкольного «игрового» детства к школьному, учебному характеризуется сменой ведущего типа деятельности: теперь не игра, а учебная деятельность ведет за собой развитие. Однако учебная деятельность не возникает у ребенка в готовом виде при достижении им определенного возраста, она формируется на протяжении всего периода начального обучения под руководством учителя. От того, как будет происходить ее формирование, зависит, превратится ли она в дальнейшем в самостоятельную сознательную деятельность по приобретению знаний, в творческий умственный труд, т.е. в самообучение, превратится ли школьник в человека, стремящегося к знаниям, способного добывать и использовать их.

Оценить сформированность учебно-познавательной деятельности можно исходя из анализа зрелости учебной мотивации (понимания и принятия учебных задач, заинтересованности в результате деятельности, в усвоении нового навыка или приобретении новой информации), сформированностиTM основных компонентов учебной деятельности, уровня развития обобщения, действий контроля и оценки, умственного или внутреннего плана действий, осознания способов, общих для решения определенного типа задач (Д.Б.Эльконин).

Второй показатель — это соответствие усвоенных ребенком учебных навыков требованиям программы, по которой ребенок обучался. Важное значение имеют скорость приобретения навыков, их устойчивость, скорость, с которой ребенок усваивает программные знания и т.д. Очевидно, что при составлении программы коррекционно-развивающего обучения темп прохождения программы и нормативы усвоения программных знаний и навыков должны быть дифференцированы с целью индивидуального соответствия реальных возможностей ребенка тем требованиям, которые предъявляет ему учитель.

Третьим существенным показателем оценки психического развития ребенка является оценка «зоны ближайшего развития». Этот показатель в значительной мере определяет успешность коррекционно-развивающей работы с ребенком и ее содержание. Содержание учебной работы должно быть ориентировано на «зону ближайшего развития» ребенка, т.е. должен учитываться как актуальный уровень

развития (самостоятельное решение учебных задач), так и возможности ребенка в выполнении учебных заданий с помощью взрослого (собственно «зона ближайшего развития»).

Четвертым практически значимым критерием в оценке психического развития ребенка является оценка его поведения. Несоответствие формальным требованиям поведения, предъявляемым социальным окружением, в значительной степени влияет на возможности психолого-педагогической работы с ребенком. Неадекватное поведение может быть следствием недостатков предшествующего воспитания ребенка, но значительно чаще в его основе лежат те или иные отклонения в психическом здоровье, требующие анализа и помощи специалистов (врачей, психологов и др.)

Как мы уже говорили, комплексная диагностика задержки психического развития должна формулироваться в виде функционального диагноза, т.е. отражать специфику и выраженность психоневрологических расстройств, характер и индивидуальное содержание проблем психического развития и социальной адаптации и лежать в основе оказания реальной помощи конкретному ребенку. В зависимости от постановки диагноза разрабатывается дальнейшая тактика коррекционно-развивающей работы с ребенком: выбор соответствующего учреждения в зависимости от возраста и тяжести отклонений, медикаментозная терапия, определяется необходимость индивидуальных занятий со специалистами — дефектологами и психологами. В некоторых случаях, когда правильная постановка диагноза возможна лишь после динамического наблюдения, родителям предлагается поместить ребенка в одну из экспериментально-диагностических групп.

На весь диагностический процесс распространяется принцип, широко известный из области медицины: «Не навреди!» — принцип соблюдения интересов ребенка в определении его дальнейшей судьбы. Для этого недостаточно установить верный диагноз, необходимо определить, в каком учреждении целесообразно обучаться ребенку, чтобы его возможности были реализованы оптимальным образом. В сложных случаях можно направить ребенка на диагностическое обучение в учреждение, работающее по программе с более

высоким образовательным цензом. Такое обучение способствует более точному выявлению его способностей.

Соблюдение интересов ребенка требует большого такта при сообщении диагноза и рекомендаций родителям. Им необходимо разъяснить возможность и важность адекватного обучения ребенка в соответствии с его психофизическими и когнитивными возможностями. Опыт показывает, что даже те родители, которые обратились за помощью к специалистам по собственной инициативе, далеко не всегда адекватно оценивают способности, возможности и педагогические перспективы своего ребенка.

Заключение, выдаваемое родителям, носит рекомендательный характер, право решающего голоса принадлежит родителям (или лицам, их заменяющим). При этом результативность консультирования определяется не только качеством диагностического процесса, но и реальной выполнимостью рекомендаций и готовностью родителей этим рекомендациям следовать. Поэтому перед специалистами стоят две равновеликие задачи: собственно диагностика состояния ребенка и структуры имеющихся у него проблем и привлечение родителей в качестве союзников к осуществлению лечебных и коррекционных мероприятий, показанных ребенку. Очевидно, что как бы тщательно и квалифицированно не проводилось диагностическое консультирование, без решения второй задачи его результат практически сводится к нулю.

Беседа с родителями при сообщении им заключения и рекомендаций по организации лечебно-оздоровительной и коррекционно-развивающей помощи ребенку должна быть продуманной и правильно построенной: она должна вызвать доверие к специалистам, обеспечить понимание причин и особенностей возникших у ребенка трудностей, ориентацию на их максимальное преодоление, принятие ребенка таким, каков он есть, и себя в качестве хороших родителей, способных многое для него сделать. Причем выполнение этих задач должно быть осуществлено не в процессе многочасовой психотерапевтической работы, а «экспресс-методом» - за не очень продолжительное время, отведенное на консультацию, и как бы «вторым планом», ненавязчиво и даже не очень очевидно и прямолинейно для самих родителей. Такая беседа требует большого опыта и

такта со стороны специалистов, понимания и использования элементов взрослой психологии и психотерапии.

В беседе с родителями лучше не просто сообщить диагноз и решение специалистов, а доступным для них языком рассказать об особенностях его развития, указать на положительные качества, объяснить, какие занятия необходимы ребенку, к каким специалистам надо обратиться дополнительно, как с ним заниматься в домашних условиях, на что следует обратить особо пристальное внимание. При этом следует учитывать условия жизни конкретной семьи (ее состав и культурный уровень), чтобы рекомендации не оказались для родителей непонятными или трудновыполнимыми, чтобы у них не возникало чувство собственной беспомощности и вины перед ребенком. Такой подход в значительной мере определяет дальнейшее сотрудничество родителей со специалистами в коррекционной работе с ребенком и влияет на ее успешность.

7. ОТ КАКИХ СОСТОЯНИЙ НЕОБХОДИМО ОТГРАНИЧИВАТЬ ЗАДЕРЖКУ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ?

Стойкое отставание в овладении учебной программой требует дифференциации задержки психического развития и тотального психического недоразвития (олигофрении, или умственной отсталости). Неудачность в школе, слабо усвоенные школьные знания и навыки, низкий уровень ответов при диагностическом исследовании в ряде случаев создают картину состояния, напоминающую умственную отсталость. Однако, если при олигофрении на первый план в структуре дефекта выступает недостаточность аналитико-синтетической деятельности, т.е. ребенка затрудняет преимущественно смысловая сторона задания, то при ЗПР страдает прежде всего «техническая сторона» удержание необходимого уровня концентрации внимания на условиях задания, контроль за собственными действиями в процессе выполнения задания, запоминание учебного материала, овладение моторными навыками и т.д. Качественные особенности этих нарушений характеризуются преимущественными недостатками динамических характеристик мыслительного процесса при относительной сохранности

понятийного мышления, т.е. детям легче понять, осмыслить задание, нежели запомнить, механически заучить.

Различно также и отношение самих детей к своим затруднениям. Олигофрения характеризуется тотальностью психического недоразвития, недостаточной дифференцированностью личности без выраженного отношения к своим затруднениям. При трудностях в обучении, обусловленных ЗПР, специфические особенности поведения (повышенная возбудимость, расторможенность, склонность к аффективным вспышкам или вялость, робость, неуверенность в себе, аффективная заторможенность, эмоциональная лабильность) не только сочетаются с более высоким уровнем сформированности самоосознания, но и отражают его. Дети могут учитывать ситуацию, критически относиться к своим неудачам, переживать, но в силу нейродинамических нарушений психических процессов они недостаточно хорошо регулируют свое поведение. Существенным признаком отграничения от олигофрении служат потенциальные возможности ребенка, выявляемые при психологическом исследовании («зона ближайшего развития», по Л.С.Выготскому), а также нестойкость, лабильность и обратимость многих проявлений. Затруднения возникают нередко и при попытке разграничить детей с задержкой психического развития и детей с первичным общим недоразвитием речи, возникающим при локальных (или относительно локальных) поражениях зон и структур мозга, играющих большую роль в осуществлении речевых функций. Объединяет этих детей позднее становление речи, скудность словаря, использование примитивных фраз, выраженные затруднения при необходимости составить рассказ или пересказать текст, недостатки фонематического слуха, приводящие к неумению проводить фонематический анализ и погрешностям письменной речи. Подобные нарушения создают предпосылки к выраженным трудностям в обучении, тем более что школьное обучение в значительной степени опирается на речь. Становление навыков чтения и письма у детей с речевым недоразвитием происходит особенно тяжело — они становятся стабильно неуспевающими по русскому языку и чтению (литературе). «Речевые» трудности препятствуют пониманию текстов на слух — в результате объяснения учителя оказываются не полностью усвоенными, затрудняют прочтение и понимание

условий задачи — возникают проблемы на уроках математики. В процессе обучения недоусвоенный материал лавинообразно накапливается, и на втором-третьем году обучения ребенок с недоразвитием речи, не получающий специальной логопедической помощи, уже имеет вторичную задержку психического развития.

Таким образом, мы видим два варианта нарушений, каждый из которых нуждается в своих специфических методах коррекции:

первичная задержка психического развития и вторичное речевое недоразвитие из-за недостаточности аналитико-синтетической деятельности, низкого уровня познавательной и речевой активности, несформированности мыслительных операций, находящих свое отражение в речи;

первичное недоразвитие речевых функций и вторичным образом задерживающееся развитие из-за недостатков восприятия и переработки речевой информации, речевого опосредования, необходимого для формирования мыслительной деятельности, затрудненности речевых коммуникаций.

Для разграничения этих состояний надо учитывать, что при первичности речевого недоразвития у детей в меньшей степени, чем при задержке психического развития, страдают «неречевые» виды мышления (наглядно-действенное и наглядно-образное), в психологическом эксперименте дети с такими состояниями показывают более высокую обучаемость и сообразительность. Выраженность дефектов звукопроизношения обычно выше у детей с первичным речевым недоразвитием, хотя это и не обязательный диагностический признак. Следует помнить также, что и речевое недоразвитие, и задержка психического развития, как правило, являются следствием органической недостаточности мозга и, сочетаясь у одного ребенка, могут представлять собой сложный дефект. В этом случае комплексная помощь ребенку должна включать в себя полный объем мероприятий, направленных на коррекцию каждого из недостатков развития.

Дифференцировать от задержки психического развития следует также состояние, получившее название социально-педагогической запущенности. Этот недостаток развития формируется у детей с нормальными потенциальными возможностями при отсутствии адекватного педагогического воздействия. В

результате у ребенка нет соответствующих возрасту знаний, несформированы школьные навыки, неразвиты обычные для его возраста интересы и увлечения, нередко отсутствует учебная мотивация, словарный запас может тяготеть к конкретно-бытовому. От ребенка с задержкой психического развития такие дети отличаются хорошей осведомленностью в пределах знакомого окружения и сообразительностью, достаточно высокой обучаемостью, экспериментальное психологическое изучение показывает у них сохранность основных психических процессов. Поэтому дети с педагогической запущенностью нуждаются, в первую очередь, в изменении условий воспитания, разработке индивидуального педагогического маршрута и формировании познавательных интересов и учебной мотивации.

Относительно большое количество детей с ЗПР в неблагополучных семьях иногда приводит к ошибочному мнению о социальной причине их психической незрелости. Результаты же клинических и нейрофизиологических исследований этих детей в большинстве случаев обнаруживают у них те или иные явления недостаточности центральной нервной системы. Это обусловлено тем, что в неблагоприятных семейных и социальных условиях содержится большое количество патогенных факторов, нарушающих созревание и развитие нервной системы. Это приводит к высокой частоте у детей из неблагополучных семей задержанного развития, имеющего своей причиной и органическую недостаточность мозга, и недостаточное стимулирующее влияние ближайшего социального окружения.

Имитировать задержку психического развития могут также депрессивные состояния разного происхождения и высокая тревожность ребенка, находящегося в условиях хронического стресса. В этих случаях на первый план могут выступать общая пассивность, вялость, отсутствие готовности к действию, которые легко принять за недостаток познавательной активности, характерный для задержки развития. При таких состояниях резко снижается работоспособность, ухудшаются память и внимание, снижается темп деятельности. Если подобные состояния сохраняются длительное время, то неизбежно накапливаются пробелы в знаниях, формируется заниженная оценка своих возможностей, нарушаются отношения со

сверстниками. В отличие от большинства детей с задержкой психического развития, дети, находящиеся в депрессивно-тревожном состоянии, и вне учебной ситуации как бы утрачивают обычную для своего возраста «детскость», жизнерадостность. Выявить и разграничить эти состояния можно при тщательном психологическом исследовании структуры личности и переживаний ребенка, а также анализе его истории развития и сложившейся в ближайшем окружении ситуации. Как показывает практика, медикаментозная и психотерапевтическая коррекция подобных состояний позволяет ребенку продолжить успешное обучение в общеобразовательном классе.

8. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОРРЕКЦИИ ЗАДЕРЖАННОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Тесная взаимосвязь биологических и социально-педагогических факторов в возникновении задержки психического развития требует того, чтобы педагогика, психология и медицина нашли общий язык в разработке коррекционной помощи этим детям. Взаимосвязь этих областей знания о ребенке лежит в основе лечебной педагогики, в задачи которой входят: коррекция поведения ребенка, ликвидация педагогической и социальной запущенности, стимуляция эмоциональной, интеллектуальной и социальной активности, развитие или восстановление возможности и желания учиться, в конечном итоге — охрана и укрепление физического, нервно-психического и личностного здоровья.

Для того чтобы наметить основные пути коррекционно-развивающей помощи детям с задержанным развитием, вернемся к нашей условной классификации факторов, способствующих отставанию в психическом развитии.

Прежде всего, это «биологический» фактор, обуславливающий недостаточность, «скомпрометированность» биологического субстрата психического развития - головного мозга. Сюда же мы отнесли соматическую ослабленность ребенка, приводящую к значительному снижению работоспособности, и отклонения в психическом здоровье, нарушающие адаптацию ребенка к процессу обучения. Этот фактор определяет направление коррекции, получившее название лечебно-оздоровительного. Все психофизические

особенности каждого конкретного ребенка должны быть тщательно проанализированы лечащим врачом для разработки комплекса мер лечебного, профилактического и оздоровительного характера. Выявленные отклонения в состоянии здоровья должны быть пролечены, по возможности до их полной ликвидации.

Современная медицина располагает богатым арсеналом лечебных воздействий, позволяющих свести к минимуму проявления мозговой недостаточности, приводящей к задержке психического развития. При этом чем раньше будет начато лечение, тем более эффективным оно будет. Комплексное лечение остаточных явлений органического поражения головного мозга должно быть направлено на:

улучшение питания клеток нервной ткани, активизацию обменных процессов в них (так называемое нейтрофическое лечение). С этой целью используется большая группа препаратов, получивших общее название ноотропов (пирацетам, аминалон, энцефабол, глутаминовая кислота, актавегин, глиотилин, церебрализин, пантогам и др.), препараты, улучшающие кровоснабжение мозга, облегчающие поступление в клетки мозга кислорода и питательных веществ (кавинтон, циннаризин, танакан и др.), витамины (преимущественно группы В, имеющей особо важное значение для состояния нервной ткани);

снижение повышенного внутричерепного давления, нередко сопровождающего органические поражения головного мозга (микстура с цитралью, глицерол, диакарб, триампур и др.);

уменьшение возбудимости и расторможенности ребенка, нормализацию его поведения, снижение повышенного уровня тревоги (сонапакс, фенибут, неулептил и др.).

При необходимости используются препараты, обладающие противосудорожным действием (финлепсин, депакин), - они показаны при повышенной судорожной готовности, наличии очагов судорожной активности, дискоординирующих работу головного мозга, неблагоприятно влияющих на формирование целенаправленного внимания, вызывающих повышенную возбудимость и «взрывчатость» ребенка.

Не следует ожидать, что таблетки сами по себе могут решить все проблемы, возникающие при обучении, и «вылечить» задержку психического развития. Однако грамотное использование препаратов позволит скорректировать излишнюю возбудимость или заторможенность ребенка, нормализовать настроение, сон, активизировать деятельность клеток головного мозга. Родителям, избегающим посещения врача и проведения медикаментозного лечения, нужно тактично объяснить, что это необходимо ребенку, поможет ему преодолеть трудности, что и педагоги, и врачи заинтересованы прежде всего в том, чтобы ребенок мог наверстать упущенное в его развитии и расстаться с диагнозом «ЗПР».

Но лечебно-оздоровительное направление коррекции задержанного психического развития у детей не исчерпывается медикаментозным воздействием. Большое значение имеет общее оздоровление организма ребенка, пролечивание имеющихся у него истощающих хронических заболеваний. Особого внимания требуют дети с повышенной утомляемостью, с быстро наступающим истощением психической деятельности. Как можно помочь чрезмерно утомляемому ребенку? Оптимальный способ помощи — не допускать развития астенического синдрома у соматически ослабленных детей, соотнося уровень требований с реальными возможностями ученика, строго дозируя нагрузки, обеспечивая своевременный отдых, пребывание на свежем воздухе, полноценное питание с достаточным количеством витаминов в рационе. Коррекция уже сформировавшегося астенического синдрома требует внимания ко всему комплексу проблем, возникающих у ребенка. Можно выделить следующие направления оздоровительной работы:

- 1) лечебно-оздоровительные мероприятия, которые проводятся с учетом основного заболевания и сопутствующих ему отклонений в состоянии здоровья, помогают скомпенсировать болезненные процессы, способствуют своевременному созреванию систем и функций организма, повышают устойчивость ребенка к систематическим нагрузкам. Медикаментозное лечение предполагает в этом случае комплекс общеукрепляющих и стимулирующих препаратов: успокоительные средства для снятия тревоги, нормализации сна; препараты, улучшающие обменные процессы в клетках головного мозга. Очаги хронической

инфекции должны быть пролечены и по возможности полностью ликвидированы, хронические заболевания также должны систематически лечиться. Организация этих мероприятий должна строиться в контакте с тем лечебным учреждением, где наблюдается ребенок. Вопрос о направлении ребенка в стационар или санаторий решается индивидуально. При этом должно учитываться не только состояние здоровья, но и условия проживания ребенка в семье, то, насколько легко он адаптируется к перемене обстановки, и т.д.;

2) организация охранительного режима учебной работы с учетом текущего состояния ребенка (при улучшении состояния нагрузка может постепенно повышаться, при ухудшении — снижаться). Охранительный режим предполагает строгое чередование нагрузки и своевременного достаточного отдыха, адекватный двигательный режим, достаточный сон (при необходимости дневной), правильное распределение нагрузки в течение учебного года и рабочей недели, предоставление при необходимости дополнительного выходного дня. Эти простые мероприятия часто оказываются решающими в усвоении текущего учебного материала, однако требуют индивидуализации учебного процесса и могут вызывать организационные трудности. Кроме того, охранительный режим предполагает не формальное, а реальное соответствие сложности и объема учебного материала возможностям ребенка. Как мы уже говорили, за фасадом соматических проблем может скрываться и структурно-функциональная недостаточность мозга, поэтому при выборе программы обучения необходимо определить уровень когнитивных возможностей ребенка.

Основной показатель адекватности учебной нагрузки на ребенка — это высокая работоспособность и активность на занятиях. Быстро наступающее утомление — показатель несоответствия предъявляемых требований возможностям ребенка. Педагог может определять утомление ребенка по следующим признакам:

в сенсорной сфере — это снижение чувствительности (для того чтобы привлечь внимание утомленного ребенка, учителю приходится повышать голос);

в моторной сфере — падение силы и ухудшение координации движений (нарушается осанка сидящего за партой ребенка, хуже становится почерк и т.д.);

в когнитивной сфере — ухудшение концентрации внимания, потеря интереса к выполняемому заданию, умственная деятельность становится менее продуктивной (так, на решение одной и той же задачи в конце занятия ребенку может потребоваться значительно больше времени, чем в начале).

В процессе обучения утомление неизбежно, но нагрузка должна дозироваться таким образом, чтобы возникающее утомление исчезало после отдыха, следующего за работой. Форсирование учебной нагрузки и завышение требований недопустимо для ослабленных детей, тем более недопустимо превышение суммарной нагрузки за счет дополнительных занятий сверх положенного учебного плана.

При обучении детей с задержкой психического развития целесообразно уделять особое внимание психофизическому состоянию учащихся, используя для этого специально разработанную анкету учета психофизического состояния учеников (см. табл.). Эта анкета поможет педагогу обратить внимание на возникновение утомления и переутомления у ребенка. Роль его в этом трудно переоценить — родители не всегда адекватно оценивают работоспособность своего ребенка, а медицинские работники часто не учитывают влияние систематической учебной нагрузки. Особенно это важно по отношению к детям из неблагополучных семей и семей, где к детям предъявляются неадекватно завышенные требования. Учитель регулярно видит ребенка, наблюдает его в учебной деятельности, первым может заметить происходящие изменения, проконсультироваться со школьным врачом, какой режим и оздоровительные мероприятия необходимы ребенку, какая допустима нагрузка, в какие сроки можно восполнить пробелы в школьных знаниях, возникшие из-за пропусков по болезни или сниженной учебной деятельности. Как правило, педагог является авторитетным лицом для родителей, он может побеседовать с ними, объяснить состояние ребенка, посоветовать, как можно помочь ему дома. Конечно, не стоит рассчитывать на то, что проблемы ребенка исчезнут за одну-две недели. Но в целом прогноз таких состояний при адекватно организованных условиях благоприятен: в процессе роста ребенок компенсирует недостатки здоровья и становится более работоспособным, активным, жизнерадостным, легче справляется с учебной нагрузкой. Правильно

организованные усилия будут вознаграждены не только улучшением соматического здоровья, но и успешной адаптацией к школьному обучению и полноценным личностным развитием ребенка.

Второй выделенный нами фактор, обуславливающий отставание психического развития учащихся, — психологический — нашел свое отражение в разработке системы коррекционно-развивающего обучения, предполагающего направленность на коррекцию индивидуальных недостатков развития, на стимуляцию познавательной активности и учебной мотивации, становление основных возрастных психических новообразований.

Коррекционно-развивающее обучение предполагает целостное рассмотрение личности ученика, ее развития в процессе школьного обучения, не только усвоение определенного набора знаний, умений и навыков, но и формирование в процессе обучения умения и желания учиться. От этого в значительной мере зависит личностное становление ребенка, успешность обучения в среднем звене, предполагающем большой объем самостоятельной работы, дальнейшую социальную и профессиональную адаптацию.

Для того чтобы адекватно подойти к решению задачи коррекционно-развивающего воздействия на развитие личности ученика в целом, необходимо исходить из основных закономерностей развития детской психики, разработанной в отечественной психологии. Дети с задержанным психическим развитием нуждаются в особом внимании при формировании у них игровой и учебной деятельности. При определении стратегии психолого-педагогической работы у каждого конкретного ребенка необходимо диагностировать уровень сформированности и прогноз дальнейшего развития ведущего вида деятельности, ее основных структурных компонентов и их дальнейшего развития. Ориентация коррекционного воздействия на становление соответствующего возрасту ведущего вида деятельности позволит помочь ребенку не только усвоить предусмотренный программой учебный материал, но и гармонизировать и стимулировать его психическое развитие в целом. Только при таком понимании коррекционного процесса обучение будет вести за собой развитие, можно будет говорить о «коррекционно-развивающем обучении».

«...Коррекция индивидуальных недостатков развития осуществляется на индивидуальных и групповых коррекционных занятиях, специально спланированных для этой цели. Это могут быть общеразвивающие занятия, способствующие коррекции недостатков памяти, внимания, развитию мыслительной деятельности, закреплению в речи поставленных логопедом звуков, обогащению словарного запаса, могут быть и занятия предметной направленности: подготовка к восприятию трудных тем учебной программы, восполнение пробелов предшествующего обучения и др. Значительное место занимают также логопедические занятия для детей, имеющих речевые нарушения».

Групповые коррекционные занятия могут быть направлены на компенсацию наиболее общих особенностей детей с трудностями в обучении, препятствующих успешному обучению. Прежде всего, это формирование содержательной учебной мотивации, развитие познавательных интересов, творческой активности ребенка, а также личностных качеств, необходимых для успешной адаптации к условиям школы. Стимуляция познавательной активности, самостоятельности, заинтересованности в результатах умственной деятельности позволяет преодолеть интеллектуальную пассивность, формирует интерес к учебному материалу. Развитие до необходимого уровня психофизиологических функций, обеспечивающих учебную деятельность, таких, как фонематический слух, зрительный анализ, артикуляция, мелкая моторика, пространственная, временная и количественная ориентация, координация в системе «глаз — рука», делает возможным полноценное включение ребенка в учебную деятельность. Способствуют этому также развитие речи и обогащение запаса знаний и представлений об окружающем.

Важной задачей в свете сказанного является целенаправленное развитие общеинтеллектуальной деятельности: умение выделять и осознавать учебную задачу, сознательно ориентироваться в ее условиях, строить программу выполнения задачи и контролировать свою деятельность в процессе выполнения программы, умение выделять и логически перерабатывать (анализировать, сравнивать, обобщать) информацию, поступающую из различных источников.

Познавательная активность, желание учиться, стремление к умственному труду формируются сначала на доступном ученику и в то же время интересном для него материале, так как «ничто так не способствует успеху, как сам успех» (английская поговорка). Заинтересованность и успех рождает в ребенке не только веру в свои силы, снимают напряженность, но и способствуют поддержанию активного, комфортного состояния. Поэтому занятия необходимо организовывать таким образом, чтобы возникающие трудности при выполнении задания оказывались преодоленными, а поставленная цель - достигнутой. Вариативность учебных программ и отдельных заданий, возможность оказать каждому ученику индивидуальную помощь в условиях системы коррекционно-развивающего обучения делают эту задачу решаемой.

Третий фактор формирования задержки психического развития — социально-педагогический — определяет следующее направление коррекционного воздействия. Это создание для ребенка такой образовательной ниши, в которой он был бы успешен, уверен в своей безусловной значимости и ценности, мог бы формировать добрые отношения с окружением и позитивное восприятие самого себя. Что же необходимо для успешного обучения детей, «не вписывающихся» в общую систему? Одним из основных условий обучения такого ребенка является соответствие темпа, объема и сложности учебной программы реальным познавательным возможностям ребенка, уровню развития его когнитивной сферы, а также уровню подготовленности, т.е. уже усвоенным знаниям и навыкам. Слишком завышенные или слишком заниженные требования неблагоприятны для развития, скорее тормозят его, чем стимулируют. Содержание учебной работы должно быть ориентировано на «зону ближайшего развития» ребенка, т.е. учитывать как актуальный уровень развития (самостоятельное решение учебных задач), так и возможности ребенка в выполнении учебных заданий с помощью взрослого (собственно «зона ближайшего развития»).

С этой целью разработаны программы коррекционно-развивающего обучения дошкольного и младшего школьного возраста детей с ЗПР, учитывающие их специальные образовательные потребности. Содержание программ ориентировано

на государственный образовательный стандарт, но имеет следующие отличия от общеобразовательной программы:

включены курсы, которых нет в программах «массовых» дошкольных и школьных учреждений: интегрированный курс «Ознакомление с окружающим миром и развитие речи», который направлен на формирование общеинтеллектуальных умений, обогащение словаря и развитие монологической речи, уточнение, расширение и систематизацию представлений об отдельных предметах и явлениях природы и общественной жизни, соотнесение их с личным опытом ребенка; ритмика, способствующая повышению эмоционального тонуса детей, развитию движений под музыку;

введены специальные пропедевтические разделы по подготовке к изучению наиболее сложных тем в обучении чтению, письму, грамоте, математике и более детальная их проработка.

Так, обучение математике целесообразно начинать с широкого использования наглядных и практических методов, действий с различными предметными множествами, а затем уже и с их символами. Особое внимание уделяется составу чисел первого десятка, увеличено время на изучение этого раздела программы, а также на освоение действий в пределах 10; особого внимания требует решение задач — ребенка необходимо учить выделять математическую сущность задачи (независимо от словесного описания ситуации, представленной в задаче), формировать способность ребенка объяснять свое решение; особого внимания требует формирование прочных и сознательных вычислительных навыков. При этом для освоения навыка одним детям требуется больше пропедевтических занятий, а другим — тренировочных.

Обучение русскому языку ребенка с ЗПР требует:

обогащения и развития сенсорного опыта — умения слышать и выделять предложения, слова, звуки, в т.ч. гласные и согласные;

уточнения и расширения словарного запаса и умения строить предложения;

ознакомления с необходимой терминологией («слово», «звук», «буква» и т.д.);

большого количества упражнений, начинающихся с подготовки к письму (в связи с несовершенством моторики и зрительно-моторной координации),

уделяющих большое внимание правильному написанию букв и их элементов (несовершенство восприятия), предварительному анализу слова или предложения и контролю за правильным написанием (проверка написанного);

умению выделять предложение и связи его членов (особо трудная тема для детей с ЗПР).

В обучении навыку чтения большое значение имеет специальная подготовка (пропедевтический период), совпадающий с подготовкой к письму — звуковой анализ и синтез, особое внимание уделяется полноценному освоению каждого этапа формирования навыка чтения (звуко-буквенное обозначение, слоговое чтение, становление синтетических приемов чтения, синтетическое чтение). Все этапы обучения чтению, представленные в общеобразовательной программе в сжатом виде, при обучении детей с ЗПР должны быть развернуты.

Особо пристальное внимание должно быть уделено качеству усвоения знаний:

в обучении детей с ЗПР должно быть использовано иное, чем в общеобразовательной программе, соотношение словесных и наглядных методов обучения (из-за несформированности словесно-логического мышления);

продолжительность обучения при необходимости должна увеличиваться; соответствие уровня достижений ученика выбранной программе необходимо регулярно проверять;

специальные занятия должны быть направлены на развитие тонкой моторики и графических навыков, на преодоление недостатков речевого развития, осложняющих освоение навыков чтения и письма, на развитие социальных и культурных навыков ребенка.

Ребенок с трудностями в обучении должен быть уверен, что он обязательно получит необходимую помощь — следовательно, работа учителя с ним требует дополнительного времени и сил. Организация педагогического процесса должна учитывать эту необходимость: малая наполняемость класса (10—12 детей), дополнительные часы на индивидуальные и групповые занятия с ребенком снижают отвлекаемость и утомляемость, облегчают формирование у ребенка направленного внимания.

У ребенка с задержкой психического развития в целях реализации его потенциальных возможностей и благополучной социальной адаптации должно присутствовать чувство защищенности и эмоционального комфорта. Атмосфера доброжелательного внимания и поддержки является здесь основополагающей: дать ребенку возможность почувствовать свою состоятельность в какой-либо деятельности, проявить себя с хорошей стороны, утвердить свое достоинство, завоевать уважение сверстников. Сотрудничество ребенка со взрослым, оказание педагогом необходимой ему помощи с учетом индивидуальных проблем помогает ребенку утвердиться в своих возможностях, стать увереннее, стимулирует его развитие, обеспечивая в конечном счете переход «зоны ближайшего развития» на «уровень актуального развития». Индивидуальная дозированная поддержка позволяет решить в процессе обучения также диагностическую задачу. Чувствительность ребенка к помощи, способность усваивать ее является одним из важных критериев обучаемости ребенка, показателем его интеллектуальных возможностей.

На желание ребенка хорошо учиться, прикладывать для этого усилия оказывает влияние личная поддержка ученика учителем: доброжелательное, ровное отношение к ребенку, уверенность в возможности его успеха. Такое отношение не зависит от конкретных достижений, прилежания и поведения ребенка (которые могут страдать из-за болезненных нарушений). Даже при недостаточной успешности в обучении, обусловленной неподдающимися коррекции особенностями, ребенок должен быть уверен, что как личность он принимается безусловно, отношение к нему не определяется чистотой в тетради или полученной оценкой. Большого внимания в коррекционных классах заслуживают взаимодействие и взаимопомощь детей в процессе учебной деятельности. Становление полноценной коммуникативной деятельности ребенка, умение «видеть» и «слышать» другого человека, сотрудничать с ним чрезвычайно важны для личностного становления и социализации.

Уверенность в безусловном принятии себя как личности, независимо от успехов, и позитивные отношения со сверстниками в конечном итоге будут способствовать нормализации самооценки и эмоционального состояния ребенка,

формированию положительной «Я-концепции», без которой невозможно ни успешное обучение, ни гармоничное личностное развитие.

Очевидно, что решение этих задач в условиях «массового» класса с большим количеством учеников, быстрым темпом прохождения программного материала, невозможностью уделить достаточное внимание отдельному ученику, помочь ему в преодолении его специфических трудностей практически невыполнимо.

Попытки создать оптимальные условия для детей, не успевающих за стандартными требованиями, привели к разработке различных вариантов организации их обучения в условиях общеобразовательной школы. В нашей стране были последовательно введены и опробованы такие варианты, как «классы выравнивания», «компенсирующие классы», по инициативе педагогических коллективов активно открывались «классы адаптации», «классы здоровья» и др. Однако педагоги, работающие в этих классах, испытывали серьезные трудности из-за недостаточного методического обеспечения учебного процесса. На сегодняшний день наиболее разработанной и обеспеченной методически, введенной в Москве и рекомендованной к внедрению в остальных регионах страны является концепция коррекционно-развивающего обучения, разработанная Институтом коррекционной педагогики и Московским комитетом образования в 1994 г.

В чем заключаются особенности этого обучения?

В методическом пособии С.Г.Шевченко «Коррекционно-развивающее обучение: организационно-педагогические аспекты» указывается на необходимость реализации следующих положений:

комплексность в диагностико-консультативной и коррекционно-развивающей работе, обеспечивающая своевременное выявление и квалификацию трудностей в обучении, а также определение комплекса мер (лечебных, профилактических, коррекционных и развивающих, способствующих преодолению, компенсации недостатков предшествующего развития и негативных тенденций развития);

вариативность учебных планов, образовательных и коррекционных программ, в том числе и разноуровневых по содержанию и срокам обучения;

своевременное выявление и квалификация тех или иных неблагоприятных вариантов развития - «предвестников» школьных трудностей, организация коррекционно-развивающего воспитания и обучения в дошкольных учреждениях;

активная интеграция учащихся в общеобразовательные классы массового типа из коррекционно-развивающих или классов после одного-двух лет обучения, а также по окончании начальной ступени образования;

максимальная социально-трудовая адаптация учащихся классов коррекционно-развивающего обучения в подростковом возрасте к современным социальным условиям (в том числе в условиях рынка труда).

В концепции коррекционно-развивающего обучения взаимодействуют четыре основных направления работы: диагностико-консультативное, учебно-воспитательное, лечебно-профилактическое и социально-трудовое. Подробно особенности этих направлений изложены в концепции коррекционно-развивающего обучения в условиях общеобразовательной школы и в методических рекомендациях по его организации и содержанию в условиях общеобразовательной школы.

Коррекционная направленность обучения обеспечивается набором базовых учебных предметов, которые составляют инвариантную часть учебного плана. Фронтальное коррекционно-развивающее обучение осуществляется учителем на всех уроках и позволяет обеспечивать усвоение учебного материала на уровне требований к знаниям и умениям общеобразовательного стандарта начальной школы.

Организация классов коррекционно-развивающего обучения в стенах массовой школы, возможность посещать отдельные уроки в общеобразовательном классе, возможность перехода в общий поток по мере ликвидации причин неуспеваемости позволяют интегрировать дезадаптированных детей в школьную жизнь.

9. РОДИТЕЛИ ПОМОЩНИКИ ИЛИ ПРОТИВНИКИ?

В соответствии с существующим положением все рекомендации специалистов по организации необходимых для ребенка условий обучения могут быть

осуществлены только с согласия родителей. Поэтому работа с ними чрезвычайно важна для успешной помощи детям с задержкой психического развития.

Следует помнить, что учебные трудности детей болезненно переживаются родителями, в гневной реакции на школьные проблемы нередко выливаются их личные проблемы. К сожалению, родители не всегда адекватно оценивают возможности своего ребенка и помогают ему в преодолении школьных трудностей, поддерживают эмоционально, укрепляют веру в свои силы. Чаще встречается противоположная реакция: незадачливого ученика ругают, наказывают, высмеивают. Уязвленные в своем родительском самолюбии папы и мамы нередко позволяют себе резкие и унижительные высказывания в его адрес. Конфликты между родителями из-за неудовлетворительной учебы сына или дочери также дополнительно травмируют ребенка, вселяют в него тревогу, неуверенность, чувство вины. Кроме того, они нередко находятся во власти обывательских представлений о специализированных образовательных учреждениях, о медикаментозной коррекции и т.п. Большинство родителей оказывается не готово к решению вопроса о переводе ребенка в специализированный класс или школу. Даже осознавая, полностью или частично, проблемы ребенка, они нередко направляют свои усилия на поиск «виновных», которыми в их глазах оказываются либо педагоги, либо ребенок. Переживаемый родителями внутренний конфликт («почему мой ребенок не такой как все?») приводит либо к осознанному или неосознанному чувству вины, либо к игнорированию проблем ребенка, либо — в худшем варианте — к подсознательному отторжению его. Различный культурный и интеллектуальный уровень родителей, отягощенность собственными проблемами, а иногда и душевным нездоровьем, также вносят свои нюансы в имеющуюся мрачную картину. При общении с родителями все эти моменты должны учитываться, с тем чтобы результаты коррекционной и реабилитационной работы с ребенком были как можно успешнее.

Родители детей с задержкой психического развития нередко понимают, что в обычном, «массовом» классе ребенка ждут огорчения, так как существующая у нас система образования достаточно требовательна. Однако часто они надеются на то,

что, находясь среди нормально развивающихся детей, их ребенок «подтянется», «исправится», «доразовьется». Но при этом они не учитывают, что «обучение ведет за собой развитие» (Л.С.Выготский) в том и только в том случае, если оно соответствует реальным возможностям ребенка, ложится на подготовленную базу. Например, ребенок, не усвоивший арифметические действия, не «разовьется» на уроках алгебры. Ребенок с теми или иными трудностями оказывается в незавидном положении. От него требуют того, с чем он в силу своих особенностей справиться не может. Ничего кроме сниженной самооценки и дополнительных проблем он в этой ситуации не приобретает. Чтобы компенсировать свои проблемы, он нуждается прежде всего в доступной, соответствующей его возможностям программе обучения, понимании своих трудностей и помощи в их преодолении. В этом случае учителю необходимо доброжелательно объяснить родителям проблемы ребенка, обозначить пути их решения.

Знакомство родителей с условиями обучения в коррекционно-развивающем классе, со всем комплексом лечебно-оздоровительных и коррекционно-развивающих мероприятий, направленных на преодоление их детьми трудностей в обучении и приобретение полноценных возможностей овладения в дальнейшем любой профессией, нередко позволяет убедить их в правильности выбора такой формы обучения для их ребенка. Из беседы с учителем родители понимают, что все усилия педагогов, психологов, медиков, задействованных в системе коррекционно-развивающего обучения, и направлены как раз на то, чтобы ребенок мог как можно скорее расстаться со своими проблемами, догнать своих сверстников, чтобы «школьная судьба» ребенка сложилась удачно. Необходимо также объяснить, что классы коррекционно-развивающего обучения специально создаются в стенах общеобразовательных школ, с тем чтобы оказать детям с теми или иными трудностями необходимую помощь, не выводя их из общего школьного коллектива. Более того, если ребенок успешно усваивает программу, если его трудности в обучении, негативные особенности развития удалось компенсировать, то по решению психолого-медико-педагогического консилиума школы он может быть переведен в обычный класс. Конечно при условии, если на это согласен он сам и его родители (или заменяющие их лица).

Практика показывает, чтобы изменить настроение, самоощущение ребенка в стенах школы, сделать его более комфортным, создать у ребенка чувство принятия, защищенности и поддержки, необходимы объединенные усилия педагогов и родителей. Для того чтобы сделать родителей надежными союзниками в этой работе, начинать общение с ними, как это не парадоксально на первый взгляд, часто приходится с объяснения им положительных особенностей их ребенка, сильных сторон его личности, качеств его характера, на которых могут строиться успехи их дальнейшей жизни. Такая тактика позволяет сломать барьер неприятия родителями как самого «неудавшегося» ребенка, так и вмешательства постороннего человека (консультанта) в их внутренние семейные проблемы. Затем необходимо доброжелательно объяснить родителям трудности ребенка, показать подходы, стимулирующие развитие и желание учиться.

Семья вносит большой вклад в самоощущение ребенка как ученика, при правильном подходе (поддержке, понимании, сопереживании в трудностях и т.д.) создает возможность проявить творческий потенциал, попробовать себя в различных сферах и добиться успеха, в семье раскрываются его индивидуальные способности, создаются предпосылки для их развития.

Вера родителей в возможности ребенка, любовь к нему, независимо от его проблем, способствуют формированию у него позитивного отношения к самому себе и другим людям, обеспечивают чувство уверенности в себе, доверие к окружающему миру. Сотрудничество педагогов и родителей в доброжелательном стремлении помочь ребенку при понимании его индивидуальных особенностей и трудностей в усвоении учебного материала лежит в основе всей коррекционной работы.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета для педагогов

Динамика психофизического состояния детей в процессе обучения

Фамилия, имя ребенка _____

Дата рождения _____

Класс _____

Учебный год _____

		4-я декада сентября	3-4-я декада января	4-я декада апреля
Общий фон настроения	Бодрый, жизнерадостный			
	Легко меняется от оживления к апатии, плаксивости			
	Преимущественно апатичен			
	Преимущественно капризен, плаксив			
Уровень активности на уроках и на индивидуальных и групповых коррекционных занятиях	Заинтересован, активно включен в работу (на индивидуальных занятиях)			
	Пассивно выполняет предложенные задания (на уроках чтения)			
	Отказывается выполнять предложенные задания			

	(на уроках математики)			
	Неравномерная активность			
Уровень активности в играх	Активный, заинтересованный			
	Пассивно подчиняется, но проявляет интерес			
	Пассивно подчиняется, не проявляет интереса			
	Отказывается играть			
Работоспособность на уроках и занятиях	Достаточная в течение всего занятия			
	Колеблющаяся, «мерцающая»			
	Быстро устает, истощается			
	Снижена с самого начала занятий			
Целенаправленность деятельности	Достаточная			
	Легко «соскальзывает» на другие действия			
Концентрация внимания на уроках и занятиях, сосредоточенность при выполнении заданий	Сосредоточен			
	Легко отвлекается			
Темп деятельности	Достаточный			
	Низкий			
Переключаемость с одного вида деятельности	Повышена, не может достаточное время			

на другой	заниматься каким-либо видом деятельности			
	Нормальная			
	Затруднена			
Нарушения самочувствия, заболевания	Реже 1 раза в месяц			
	Реже 1 раза в неделю			
	Чаще 1 раза в неделю			
	Ежедневно			

Содержание

1. Знакомьтесь: наш герой...	2
2. Что же это значит: «задержка психического развития»?	7
3. Такие разные «задержки».	12
4. Такие разные... Что же у них общего?	41
5. Несколько слов о причинах задержки психического развития.	49
6. Как выявить задержку психического развития?	55
7. От каких состояний необходимо отграничивать задержку психического развития.	71
8. Основные направления коррекции задержанного развития у детей.	75
9. Родители – помощники или противники?	87
<i>Приложение. Анкета для педагогов.</i>	91