

УДК 159.922(075.8)

ББК88.8я73

Л332

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор *В. В. Николаева*;
кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник *Е. Ю. Балашова*

Лебединский В. В.

Л 332 Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. — 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2004. — 144 с.

ISBN 5-7695-1947-9

Учебное пособие содержит систематическое изложение основных патопсихологических закономерностей нарушений психического развития у детей. Выделен ряд общих закономерностей аномального развития. Показана роль различных факторов в возникновении асинхроний развития патопсихологических новообразований, представлена оригинальная классификация типов психического дизонтогенеза, описана их психологическая структура.

Для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии. Может быть полезно также дефектологам, детским психиатрам, невропатологам, учителям и воспитателям специальных детских учреждений.

УДК 159.922(075.8)

ББК88.8я73

© Лебединский В. В., 2003

© Издательский центр «Академия», 2003

ISBN 5-7695-1947-9

Введение

При исследовании психически больного ребенка патопсихологу обычно очень важно определить психологическую квалификацию основных психических расстройств, их структуру и степень выраженности. В этой части исследования задачи детского патопсихолога практически те же, что и патопсихолога, изучающего взрослых больных. Эта общность задач в большой мере определяет и общность методов исследования, разработанных в отечественной патопсихологии Б.В.Зейгарник, А. Р.Лурия, В. Н. Мясище-вым, С.Я.Рубинштейн, М.Н.Кононовой и др.

Однако патопсихологическая оценка психических нарушений в детском возрасте не может быть полноценной, если она не учитывает также и отклонений от стадии возрастного развития, на которой находится больной ребенок, т. е. *особенностей дизонтогенеза*, вызванного болезненным процессом либо его последствиями.

Количественное шкалирование уровня психического развития с помощью тестов при большинстве методов показывает преимущественно негативную сторону характера отклонений развития, не отражая внутренней структуры соотношения дефекта с сохранным фондом развития, и поэтому недостаточно информативно в плане прогноза и психолого-педагогических воздействий.

В связи с этим специфической задачей детской патопсихологии является определение качества нарушения психического развития ребенка.

Изучение закономерностей аномалий развития психики помимо детской патопсихологии сосредоточено также в двух других областях знаний: дефектологии и детской психиатрии.

Выдающийся вклад в изучение аномалий развития сделан Л. С. Выготским, который на модели умственной отсталости сформулировал ряд общетеоретических положений, оказавших фундаментальное влияние на все дальнейшее изучение аномалий развития. К ним прежде всего относится положение, что развитие

аномального ребенка подчиняется тем же основным закономерностям, которые характеризуют развитие здорового ребенка. Тем самым дефектология при изучении аномального ребенка смогла ассимилировать многочисленные данные, накопленные детской психологией.

Л.С.Выготский (1956) выдвинул также положение о первичном дефекте, наиболее близко связанном с повреждением нервной системы, и ряде вторичных дефектов, отражающих нарушения психического развития. Им было показано значение этих вторичных дефектов для прогноза развития и возможностей психолого-педагогической коррекции.

В отечественной дефектологии эти положения получили дальнейшее развитие прежде всего в ряде теоретических и экспериментальных исследований, тесно связанных с разработкой системы обучения и воспитания аномальных детей [Занков Л. В., 1939; Левина Р.Е., 1961; Боскис Р.М., 1963; Шиф Ж.И., 1965; и др.]. Была изучена психологическая структура ряда вторичных дефектов при различных аномалиях развития сенсорной сферы, умственной отсталости, разработана система их дифференцированной психолого-педагогической коррекции.

Другой отраслью изучения аномалий развития является, как указывалось, детская психиатрия. На разных этапах формирования этой области медицины проблемы аномалий развития занимали различное по значению место. На этапе становления детской психиатрии как ветви общей психиатрии была тенденция к поиску общности и единства психических заболеваний детского и взрослого возраста. Поэтому акцент ставился на психозах; аномалиям же развития уделялось наименьшее внимание.

По мере формирования детской психиатрии как самостоятельной области знания в патогенезе и клинической картине болезни все большее значение стало придаваться роли возраста, а также симптоматологии, обусловленной аномальным развитием в условиях болезни [Симеон Т.П., 1948; Сухарева Г. Е., 1955; Ушаков Г. К., 1973; Ковалев В. В., 1979; и др.]. Клинические наблюдения показали разнообразие и своеобразие симптоматики аномалий развития при различной психической патологии. При этом если объектом дефектологических исследований являлся дизонтогенез, обусловленный, как правило, уже завершенным болезненным процессом, то детская психиатрия накопила ряд данных о формировании аномалий развития в процессе текущего заболевания (шизофрения, эпилепсия), динамике дизонтогенетических форм психической конституции (различные формы психопатий) и аномальном развитии личности в результате деформирующего влияния отрицательных условий воспитания (различные варианты патохарактерологического формирования личности). Рядом клиницистов [Kanner L., 1957; Сухарева Г. Е., 1959; Lutz J.,

1968; Ушаков Г. К., 1973; Ковалев В. В., 1979] были предложены варианты клинических классификаций отдельных видов аномалий психического развития у детей.

Новым стимулом клинического изучения явлений дизонтогенеза явились успехи в области фармакологии, способствовавшие значительному уменьшению тяжести психических расстройств. Снятие остроты психопатологических симптомов привело к увеличению числа детей, способных к обучению, и содействовало большей концентрации внимания на нарушениях процесса развития. Поэтому вместе с задачей расширения психофармакологической помощи больным детям все более актуальной и перспективной становилась проблема психолого-педагогической реабилитации и коррекции.

За рубежом эта тенденция оказалась настолько значительной, что даже вступила в неправомерный антагонизм с нейролептической терапией, характеризуя последнюю как фактор, тормозящий нормальный психический онтогенез.

Такая тенденция не могла не оказать влияния на ориентацию исследований в детской патопсихологии. Возрастание роли психолого-педагогических мероприятий привело к тому, что наряду с диагностикой заболеваний все более актуальной становится диагностика отдельных нарушений, препятствующих овладению определенными знаниями и умениями, психическому развитию ребенка в целом. При этом выявленные в ходе психологической диагностики отклонения могут оказаться на периферии клинической симптоматики болезни, но в то же время существенно затруднять психическое развитие больного ребенка.

Разработка методов дифференцированной психолого-педагогической коррекции в свою очередь стимулирует дальнейшие исследования механизмов формирования патологических новообразований в процессе различных вариантов аномального развития.

Таким образом, *данные детской патопсихологии, дефектологии и клиники освещают различные стороны аномалий развития*. Исследования в области детской патопсихологии и дефектологии показали связь механизмов аномального и нормального развития, а также ряд закономерностей системогенеза так называемых вторичных нарушений, являющихся основными в аномальном развитии. Клиницисты же описали соотношение симптомов болезни и аномалий развития при различных психических заболеваниях.

Сопоставление данных, накопленных в этих областях знаний, может способствовать углублению представлений об аномалиях развития в детском возрасте и систематизации их психологических закономерностей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

1.1. Понятие дизонтогенеза

В 1927 г. Швальбе [см.: Ушаков Г. К., 1973] впервые употребил термин «дизонтогенез», обозначив им отклонения внутриутробного формирования структур организма от их нормального развития. Впоследствии термин «дизонтогенез» приобрел более широкое значение. Им стали обозначать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, период, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.

Как известно, почти любое более или менее длительное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к нарушениям психического развития. Проявления этого будут различны в зависимости от этиологии, локализации, степени распространенности и выраженности поражения, времени его возникновения и длительности воздействия, а также социальных условий, в которых оказался больной ребенок. Эти факторы определяют и основную модальность психического дизонтогенеза, обусловленную тем, страдают ли первично зрение, слух, моторика, интеллект, побужденно-эмоциональная сфера.

В отечественной дефектологии применительно к дизонтогенезу принят термин *аномалия развития*.

1.2. Этиология и патогенез дизонтогений

Изучение причин и механизмов формирования дизонтогений нервно-психического развития особенно расширилось в последние десятилетия в связи с успехами генетики, биохимии, эмбриологии, нейрофизиологии.

Как известно, нарушения нервной системы могут быть вызваны как биологическими, так и социальными факторами.

Среди *биологических факторов* значительное место занимают так называемые пороки развития мозга, связанные с поражением

генетического материала (хромосомные aberrации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.).

Большая роль отводится внутриутробным нарушениям (в связи с тяжелыми токсикозами беременности, токсоплазмозом, люэсом, краснухой и другими инфекциями, различными интоксикациями, в том числе гормонального и лекарственного происхождения), патологии родов, инфекциям, интоксикациям и травмам, реже — опухолевым образованиям раннего постнатального периода. При этом нарушения развития могут быть связаны с относительно стабильными патологическими состояниями нервной системы, как это имеет место при мозговой недостаточности вследствие хромосомных aberrаций, многих резидуальных органических состояниях, а также возникать на почве текущих заболеваний (врожденных дефектов обмена, хронических дегенеративных заболеваний, прогрессирующей гидроцефалии, опухолей, энцефалитов, шизофрении, эпилепсии и т.д.).

Незрелость развития мозга, слабость гематоэнцефалического барьера¹ обуславливают повышенную восприимчивость центральной нервной системы ребенка к различным вредностям. Как известно, целый ряд патогенных факторов, не оказывающих влияния на взрослого, вызывает нервно-психические нарушения и аномалии развития у детей. При этом в детском возрасте встречаются такие церебральные заболевания и симптомы, которых у взрослых либо совсем не бывает, либо они наблюдаются очень редко (ревматическая хорея, фебрильные судороги и др.). Отмечается значительная частота вовлечения мозга в соматические инфекционные процессы, связанные с недостаточностью мозговых защитных барьеров и слабостью иммунитета.

Большое значение имеет время повреждения. Объем поражения тканей и органов при прочих равных условиях тем более выражен, чем раньше действует патогенный фактор. Сток-кардом [см.: Гибсон Дж., 1998] было показано, что тип порока развития в эмбриональном периоде определяется временем патологического воздействия. Наиболее ранимым является период максимальной клеточной дифференциации. Если же патогенный фактор воздействует в период «отдыха» клеток, то ткани могут избежать патологического влияния. Поэтому одни и те же пороки развития могут возникать в результате действия различных внешних причин, но в один период развития, и, наоборот, одна и та же причина, действуя в разные периоды внутриутробного

¹ Основная функция гематоэнцефалического барьера заключается в охране от проникновения в мозг различных вредных веществ из крови. Различные патологические процессы (инфекции, интоксикации и другие вредные воздействия) могут нарушать проницаемость барьера, вследствие чего токсины, циркулирующие в крови, проходят через гематоэнцефалический барьер и воздействуют на нервную систему.

онтогенеза, может вызвать разные виды аномалий развития. Для нервной системы особенно неблагоприятно воздействие вредности в первую треть беременности.

Характер нарушения зависит также от мозговой локализации и процесса и степени его распространенности. Особенностью детского возраста является, с одной стороны, общая незрелость, а с другой — большая, чем у взрослых, тенденция к росту и обусловленная ею способность к компенсации дефекта [Tramer M., 1979; Сухарева Г.Е., 1955; Gollnitz C, 1970].

Поэтому при поражениях, локализованных в определенных центрах и проводящих путях, длительное время может не наблюдаться выпадения определенных функций. Так, при локальном поражении компенсация, как правило, значительно выше, чем при дефицитности функции, возникшей на фоне общемозговой недостаточности, наблюдаемой при диффузных органических поражениях ЦНС. В первом случае компенсация идет за счет сохранности других систем мозга, во втором — общая недостаточность мозга ограничивает компенсаторные возможности.

Большое значение имеет и интенсивность повреждения мозга. При органических поражениях мозга в детском возрасте наряду с повреждением одних систем наблюдается недоразвитие других, функционально связанных с поврежденной. Сочетание явлений повреждения с недоразвитием создает более обширный характер нарушений, не укладывающихся в четкие рамки топической диагностики.

Ряд проявлений дизонтогенеза, в целом менее грубых по степени выраженности и в принципе обратимых, связан и с влиянием неблагоприятных социальных факторов. И чем раньше сложились для ребенка неблагоприятные социальные условия, тем более грубыми и стойкими будут нарушения развития.

К социально обусловленным видам непатологических отклонений развития относится так называемая *микросоциально-педагогическая запущенность*, под которой понимается задержка интеллектуального и в определенной мере эмоционального развития, обусловленная культуральной депривацией — неблагоприятными условиями воспитания, создающими значительный дефицит информации и эмоционального опыта на ранних этапах развития.

К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится *патохарактерологическое формирование личности* — аномалия развития эмоционально-волевой сферы с наличием стойких аффективных изменений, вызванных длительными неблагоприятными условиями воспитания, такая аномалия возникает в результате патологически закрепившихся реакций протеста, имитации, отказа, оппозиции и т.д. [Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1977; и др.].

1.3. Соотношение симптомов дизонтогенеза и болезни

В формировании структуры дизонтогенеза большую роль играют не только различные по этиологии и патогенезу поражения мозга, но и сами клинические проявления болезни, ее симптоматика. Симптомы болезни тесно связаны с этиологией, локализацией поражения, временем его возникновения и, главным образом, с патогенезом, прежде всего с той или иной выраженностью остроты течения болезни. Они обладают определенной вариабельностью, разной степенью тяжести и длительности проявлений.

Как известно, симптомы болезни делятся на негативные и продуктивные.

В психиатрии к *негативным симптомам* относятся явления «выпадения» в психической деятельности: снижение интеллектуальной и эмоциональной активности, ухудшение процессов мышления, памяти и т.д.

Продуктивные симптомы связаны с явлениями патологической ирритации психических процессов. Примерами продуктивных расстройств являются различные невротические и неврозоподобные расстройства, судорожные состояния, страхи, галлюцинации, бредовые идеи и т.д.

Это деление имеет клиническую определенность в психиатрии взрослого возраста, где негативные симптомы действительно отражают именно явления «выпадения» функции. В детском же возрасте часто бывает трудно отграничить негативные симптомы болезни от явлений дизонтогенеза, при котором «выпадение» функции может быть обусловлено нарушением ее развития. Примерами могут служить не только такие проявления, как врожденное слабоумие при олигофрении, но и ряд негативных болезненных расстройств, характеризующих дизонтогенез при ранней детской шизофрении.

Продуктивные болезненные симптомы, как будто бы наиболее отдаленные от проявлений дизонтогенеза и указывающие скорее на остроту болезни, в детском возрасте тем не менее также играют большую роль в формировании и самой аномалии развития. Такие частые проявления болезни или ее последствия, как психомоторная возбудимость, аффективные расстройства, эпилептические припадки и другие симптомы и синдромы, при длительном воздействии могут играть роль существенного фактора в образовании ряда отклонений развития и тем самым способствовать формированию специфического типа дизонтогенеза.

Пограничными между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза являются так называемые *возрастные симптомы*,

отражающие патологически искаженные и утрированные проявления нормального возрастного развития. Возникновение этих симптомов тесно связано с онтогенетическим уровнем реагирования на ту или иную вредность. Поэтому данные симптомы нередко более специфичны для возраста, чем для самого заболевания, и могут наблюдаться при самой разнообразной патологии: в клинике органических поражений мозга, ранней детской шизофрении, невротических состояний и т.д.

В. В. Ковалев (1979) дифференцирует возрастные уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков в ответ на различные вредности следующим образом:

- 1) сомато-вегетативный (0—3 года);
- 2) психомоторный (4—10 лет);
- 3) аффективный (7—12 лет);
- 4) эмоционально-идеаторный (12—16 лет).

Для каждого из этих уровней характерны свои преимущественные «возрастные» симптомы.

Для сомато-вегетативного уровня реагирования характерны повышенная общая и вегетативная возбудимость с нарушениями сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами. Данный уровень реагирования является ведущим на раннем возрастном этапе вследствие его уже достаточной зрелости.

Психомоторный уровень реагирования включает преимущественно гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторную возбудимость, тики, заикание. Данный уровень патологического реагирования обусловлен наиболее интенсивной дифференциацией корковых отделов двигательного анализатора [Волохов А.А., 1965; см.: Ковалев В. В., 1979].

Для аффективного уровня реагирования характерны синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной возбудимости с явлениями негативизма и агрессии. При этиологическом полиморфизме этих расстройств на данном возрастном этапе все же значительно возрастает уровень психогений.

Эмоционально-идеаторный уровень реагирования является ведущим в пре- и особенно пубертатном возрасте. В патологии это прежде всего проявляется в так называемых «патологических реакциях пубертатного возраста» [Сухарева Г. Е., 1959], включающих, с одной стороны, сверхценные увлечения и интересы (например, «синдром философической интоксикации»), с другой — сверхценные ипохондрические идеи, идеи мнимого уродства (дисморфофобия, в том числе нервная анорексия), психогенные реакции — протеста, оппозиции, эмансипации [Личко А. Е., 1977; Ковалев В. В., 1979] и т.д.

Преимущественная симптоматика каждого возрастного уровня реагирования не исключает возникновения симптомов предыдущих уровней, но они, как правило, занимают периферическое

место в картине дизонтогенеза. Преобладание же патологических форм реагирования, свойственных более младшему возрасту, свидетельствует о явлениях задержки психического развития [Лебединская К.С., 1969; Ковалев В.В., 1979; и др.].

При всей важности выделения отдельных уровней нервно-психического реагирования и последовательности их смены в онтогенезе необходимо учитывать известную условность такой периодизации, так как отдельные проявления нервно-психического реагирования не только сменяют и отодвигают друг друга, но на разных этапах сосуществуют в новых качествах, формируя новые типы клинико-психологической структуры нарушения. Так, например, роль сомато-вегетативных нарушений велика не только на уровне 0—3 лет, когда идет интенсивное формирование данной системы, но и в подростковом периоде, когда эта система претерпевает массивные изменения. Ряд патологических новообразований пубертатного возраста (основной уровень которых квалифицируется в рамках «идеаторно-эмоционального») связан и с растормаживанием влечений, в основе которых лежит дисфункция эндокринно-вегетативной системы. Далее, психомоторные расстройства могут занимать большое место в дизонтогенезе самого раннего возраста (нарушения развития статических, локомоторных функций). Интенсивные изменения психомоторного облика, как известно, характерны и для подросткового периода. Нарушения развития аффективной сферы имеют большое значение и в самом младшем возрасте. Особое место среди них занимают расстройства, связанные с эмоциональной депривацией, приводящие к различной степени задержки психического развития. В возрасте от 3 до 7 лет в клинической картине различных заболеваний большое место занимают такие аффективные расстройства, как страхи. Наконец, разнообразные нарушения интеллектуального и речевого развития разной степени выраженности являются патологией, «сквозной» для большинства уровней развития.

Высказанные соображения делают более предпочтительной группировку возрастных симптомов на основании эмпирических данных, содержащихся в клинических исследованиях (табл. 1).

Таблица 1

Возрастные симптомы

Возраст	Возрастные симптомы
0 — 3 года	Судорожные припадки. Возникают в результате повышенной судорожной готовности детского мозга. Нарушения сознания (чаще всего в виде оглушенности, снижения ориентировки в окружающем, тревог и страха).

Возраст	Возрастные симптомы
	Сомато-вегетативные нарушения (сна, аппетита, работы кишечника и т.д.). Страхи. Универсальная защитная реакция. Негативизм, агрессия (кризис 2 — 3 лет). Депрессия. Преимущественно в условиях сепарации с матерью. Недоразвитие отдельных психических функций: локомоторики, речи, навыков опрятности и т.д.
3 — 6 лет	Двигательные расстройства: заикание, тики, навязчивые движения, гиперкинезы. (Имеются данные, что на этот возрастной период приходится пик созревания лобно-моторных систем.) Гипердинамический синдром: двигательное беспокойство, расторможенность, недостаточная целенаправленность, импульсивность. Реакция протеста. Негативизм. Страхи. Патологические фантазии
Младший школьный возраст	У мальчиков — явления возбудимости, двигательной расторможенности, агрессии. У девочек — астенические проявления: сниженное настроение, плаксивость. Страхи (особенно часто связаны со школьной дезадаптацией). Трудности обучения

Возрастные симптомы, отражая патологически измененную фазу развития, как известно, тем не менее всегда обладают и определенной клинической спецификой, характерной для заболевания, их вызвавшего. Так, страхи в дошкольном периоде являются возрастным симптомом, потому что они в определенной мере присущи и здоровому ребенку этого возраста. В патологии детского возраста страхи занимают одно из ведущих мест в становлении бредовых расстройств при шизофрении, связываются с нарушением сознания при эпилепсии, приобретают выраженный сверхценный характер при неврозах. То же касается и таких возрастных проявлений, как фантазии. Будучи неотъемлемой частью психической жизни нормального ребенка дошкольного возраста, в патологических случаях они принимают характер аутистических, вычурных, нелепых, стереотипных при шизофрении, тесно связаны с повышенными влечениями при эпилепсии, носят болезненный гиперкомпенсаторный характер при ряде неврозов, психопатиях и патологических развитиях личности.

Изучение возрастных симптомов, лежащих на стыке между симптомами болезни и дизонтогенеза, может дать ценные резуль-

таты для исследования ряда закономерностей аномалий развития. Однако эта область до настоящего времени в психологическом плане практически почти не исследована.

Таким образом, в детском возрасте взаимоотношения между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза могут быть представлены следующим образом:

— негативные симптомы болезни в значительной мере определяют специфику и тяжесть дизонтогенеза;

— продуктивные симптомы, менее специфичные для характера дизонтогенеза, все же оказывают общее тормозящее воздействие на психическое развитие больного ребенка;

— возрастные симптомы являются пограничными между продуктивными симптомами болезни и самими явлениями дизонтогенеза.

При этом возрастные симптомы носят стереотипный характер и отражают характер реактивности психофизиологических механизмов мозга в отдельные периоды детского развития.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

2.1. Соотношение клинической и патопсихологической квалификации психических нарушений

Между клинической и патопсихологической квалификацией симптомов психических нарушений существуют значительные различия. Как известно, *клиницист рассматривает болезненную продукцию с позиций логики болезни*. Для него единицей рассмотрения являются отдельные болезненные формы, имеющие свою этиологию, патогенез, клинику психических нарушений, течение и исход, а также отдельные симптомы и синдромы. Клинические симптомы рассматриваются клиницистом как внешние проявления патофизиологических процессов.

Что же касается *психологических механизмов этих нарушений, то их рассмотрение находится на периферии интересов врача*.

Иной подход характерен для патопсихолога, который за клиническими симптомами ищет механизмы нарушений нормальной психической деятельности. Поэтому для психолога характерно сравнительное изучение нормальных и патологических закономерностей протекания психических процессов [Выготский Л. С., 1956; Лурия А. Р., 1973; Зейгарник Б. В., 1976; и др.].

Иными словами, патопсихолог при квалификации патологического симптома обращается к моделям нормальной психической деятельности, клиницист же квалифицирует те же нарушения с точки зрения патофизиологических механизмов. Это не значит, что клиницист не использует в своей диагностике данных нормы. Он рассматривает их с позиций физиологических процессов.

Таким образом, понятие **нормы** присутствует как в клиническом, так и в патопсихологическом анализе, однако на разных уровнях изучения явления.

Каждый из уровней рассмотрения — психологический и физиологический — имеет свою специфику и закономерности. Поэтому закономерности одного уровня не могут быть перенесены на другой без специального рассмотрения механизмов, опосредующих отношение этих уровней друг к другу.

2.2. Закономерности психического развития в норме и патологии

Как уже указывалось, при квалификации психических отклонений патопсихолог исходит из закономерностей нормального онтогенеза, опираясь на положение о единстве закономерностей нормального и аномального развития [Выготский Л. С., 1956; Зейгарник Б. В., 1976; Лурия А. Р., 1956; Лурия А. Р., 2000; и др.].

Проблема детского развития — одна из самых сложных в психологии, в то же время в этой области очень много сделано, накоплено большое количество фактов, выдвинуты многочисленные, иногда противоречащие одна другой, теории¹.

Рассмотрим один из аспектов детского развития — процесс становления в раннем детском возрасте психических функций и формирование межфункциональных связей. Нарушение этого процесса в раннем возрасте чаще, чем в других возрастах, приводит к возникновению различных отклонений в психическом развитии ребенка.

Известно, что в норме психическое развитие имеет очень сложную организацию. Развивающийся ребенок все время находится в процессе не только количественных, но и качественных изменений. При этом в самом развитии наблюдаются периоды ускорения и периоды замедления, а в случае затруднений — возвращение к прежним формам активности. Эти отступления, как правило, нормальное явление в развитии детей. Ребенок не всегда способен справиться с новой, более сложной, чем ранее, задачей, а если способен решить ее, то с большими психическими перегрузками. Поэтому временные отступления носят защитный характер.

Рассмотрение механизмов системогенеза психических функций в раннем возрасте начнем с выделения трех базовых понятий: критический, или сензитивный, период, гетерохрония и асинхрония развития.

¹ Школа Гезелла положила начало систематическому изучению роли созревания ЦНС в раннем развитии ребенка. Наиболее значительные достижения в области изучения раннего аффективного развития ребенка принадлежат психоаналитическому направлению (А.Фрейд и др.). На стыке психоанализа и этологии в последние десятилетия появилось новое направление, изучающее врожденные механизмы поведения в детском возрасте. В исследовании интеллекта ведущую роль занимает школа Пиаже. Деятельностный подход к детскому развитию интенсивно развивался в отечественной психологии (А. Н.Леонтьев, Д. Б. Эльконин, М. И.Лисина). Особый вклад в изучение различных сторон детского развития внесла культурно-историческая школа Л.С.Выготского и А.Р.Лурия, в частности в такие прикладные области психологии, как патопсихология и специальная психология (область дефектологий).

Критический, или **сензитивный {чувствительный}**, **период**¹, подготовленный структурно-функциональным созреванием отдельных мозговых систем, характеризуется избирательной чувствительностью к определенным средовым воздействиям (паттерну лица, звукам речи и т.п.). Это период наибольшей восприимчивости к обучению.

Скоттом [Scott J. P., 1975] было предложено несколько вариантов развития:

— вариант А, предполагающий, что развитие на всех этапах совершалось с одинаковой скоростью, представляется маловероятным [Хайнд Р., 1975]. Скорее, можно говорить о постепенном накоплении новых признаков;

— при варианте В становление функции происходит очень быстро. Примером может служить формирование сосательной реакции;

— часто встречается вариант С, при котором на начальном этапе происходят быстрые изменения, а затем скорость их замедляется;

— вариант D характеризуется скачкообразным течением, критические периоды повторяются через определенные временные отрезки. К этому варианту относится формирование большинства сложных психических функций.

Значение критических периодов заключается не только в том, что они являются периодами ускоренного развития функций, но также и в том, что *смена одних критических периодов другими задает определенную последовательность, ритм всему процессу психофизиологического развития в раннем возрасте.*

Второе базовое понятие — **гетерохрония развития**. Внешне психическое развитие выглядит как плавный переход от простого к сложному. Однако если обратиться к рассмотрению внутренних закономерностей, то оказывается, что каждый новый этап является результатом сложных межфункциональных перестроек. Как уже говорилось, формирование отдельных психофизиологических функций происходит с различной скоростью, при этом одни функции на определенном возрастном этапе опережают в своем развитии другие и становятся ведущими, а затем скорость их формирования уменьшается. Наоборот, функции, прежде отстававшие, на новом этапе обнаруживают тенденцию к быстрому развитию. Таким образом, в результате гетерохронии между отдельными функциями возникают различные по своему характеру связи. В одних случаях они носят в р е м е н н ы й , факультативный, ха-

актер, другие становятся постоянными. В результате межфункциональных перестроек психический процесс приобретает новые качества и свойства. Лучшим примером таких перестроек является опережающее развитие речи, которая перестраивает на речевой основе все остальные функции.

Исходя из этих общих соображений, рассмотрим конкретные факты психического развития ребенка в первые годы жизни. Но прежде чем перейти к их рассмотрению, необходимо уточнить роль интеллекта в этом процессе.

В норме становление каждой психической функции в большей или меньшей степени проходит через этап интеллектуализации. Возможны обобщения на вербальном, но также и на сенсомоторном уровне. Способность к анализу и синтезу — общее свойство мозга, достигшего определенного уровня развития. Поэтому интеллектуальное развитие нельзя рассматривать как результат созревания отдельной психофизиологической функции.

С рождения ведущую роль в психофизиологическом развитии ребенка играют сенсорные системы, в первую очередь контактные (вкусные, обонятельные, тактильные ощущения). При этом тактильный контакт доминирует во взаимодействии с матерью. Сочетание прикосновения, тепла и давления дает сильный успокаивающий эффект. Значение тактильного контакта на первом месяце жизни ребенка заключается также в том, что в это время на основе тактильного контакта происходит консолидация и дифференциация сосательного и хватательного рефлексов [Пиаже Ж., 1969]. В возрасте 2—3 месяцев¹ происходит перестройка внутри самой сенсорной системы в пользу дистантных рецепторов, в первую очередь зрения. Сам процесс перестройки, однако, растягивается на несколько месяцев. Это связано с тем, что зрительная система вначале способна переработать лишь ограниченное количество информации. К 2 месяцам у младенца появляется интерес к лицу человека. При этом он фиксирует взгляд на верхней части лица, преимущественно в области глаз. Таким образом, глаза становятся одним из ключевых стимулов во взаимодействии мать—ребенок. Одновременно формируются взаимосвязи между сенсорными и моторными системами. На руках матери ребенок получает сопоставимую информацию от своих и ее движений во время кормления, выбора позы, разглядывания и ошупывания лица, рук и т.д.

Сенсомоторное развитие ребенка происходит не изолированно, на всех этапах оно находится под контролем аффективной сферы. Любые изменения интенсивности или качества среды

¹ При использовании термина «критический, или сензитивный, период» отдельные авторы делают акцент на различных сторонах этого явления. При употреблении термина «критический период» подчеркивается жесткая зависимость между скоростью изменений и возрастом [Scott J. P., 1975]. При использовании термина «сензитивный период» большее внимание обращают на психофизиологические изменения, происходящие в этот момент [Хайнд Р., 1975].

¹ Приводимые здесь и далее возрастные нормативы являются усредненными показателями. В индивидуальном развитии наблюдается большая вариативность в появлении отдельных психофизиологических функций.

получают немедленную аффективную оценку, положительную или отрицательную. Очень рано ребенок с помощью аффективных реакций начинает регулировать свои отношения с матерью. К 6 месяцам он уже способен имитировать довольно сложные выражения ее лица [Trad P., 1990]. К 9 месяцам ребенок не только способен «считывать» эмоциональные состояния матери, но и подстраиваться под них. Возникает способность к сопереживанию — сначала с матерью, а затем и с другими людьми [Trad P., 1990]. К середине второго года жизни процесс формирования базальных эмоций завершается [Изард К.Е., 1999].

Середина первого года является переломным моментом в психическом развитии ребенка. В его активе целый ряд достижений: он не только способен воспринять гештальт человеческого лица, но и среди других людей выделяет устойчивый, аффективно насыщенный образ матери². На этой основе у ребенка формируется первое сложное психологическое новообразование — «поведение привязанности» (термин, предложенный Бо-улби). Поведение привязанности выполняет несколько функций:

- обеспечивает ребенку состояние безопасности;
- снижает уровень тревоги и страхов;
- регулирует агрессивное поведение (агрессия часто возникает в состоянии тревоги и страхов).

В условиях безопасности повышается общая активность ребенка, его исследовательское поведение³. В норме на базе поведения привязанности складываются различные психические новообразования, которые в дальнейшем становятся самостоятельными линиями развития. К ним прежде всего относится развитие коммуникативного поведения. Зрительное взаимодействие в диаде мать — ребенок используется для передачи информации, санкционирует активность ребенка. В конце первого года коммуникативные возможности ребенка расширяются за счет координации глазного общения с вокализацией. К началу второго года ребенок начинает активно использовать в общении мимику

¹ По Изарду К. Е. (1999), к базальным эмоциям относятся: возбуждение-интерес, удовольствие — радость, удивление, горе — страдание, страх — ужас, стыд — застенчивость, вина — раскаяние, отвращение.

² В опытах на приматах с искусственной мамой было показано, что она должна соответствовать следующим требованиям: обеспечивать младенцу возможность цепляния живот к животу, состоять из махровых тканей, давать тепло, укачивать и обеспечивать кормление [Харлоу Г., Харлоу М., Суоми С, 1975].

³ Безопасная привязанность к матери обеспечивает ребенку надежную базу для исследования окружающего. Само исследовательское поведение включает: а) позитивную реакцию на новые стимулы; б) способность самостоятельно ставить цели; в) взаимодействие с окружающими для достижения цели; г) удовольствие от процесса исследования.

и жест. Таким образом, складываются предпосылки для развития символической функции и речи.

Значение всех видов коммуникации особенно возрастает, когда ребенок из ползающего существа превращается в прямоходящее и начинает систематически осваивать ближнее и дальнее пространство. Сам же критический период в развитии локомоторики приходится на первую половину второго года жизни.

Однако процесс совершенствования ходьбы растягивается на несколько лет. Из-за несовершенства координации на втором году жизни отсутствует дифференциация между ходьбой и бегом. По Бернштейну (1990), это не ходьба и не бег, а нечто еще неопределенное. Однако к 3—4 годам ребенок уже уверенно ходит и бежит. Это означает, что у него уже сложились нужные синергии. Но детскость окончательно уходит из локомоторики ребенка к 8 годам [Бернштейн Н.А., 1990].

Двигательная активность ребенка в начале второго года жизни полностью подчинена зрительно-аффективной структуре поля. Отдельные его признаки являются релизорами, запускающими отдельные виды поведения. Так, ребенок бежит за движущимися предметами (реакция следования), исследует различные углубления в стене, проверяет твердость — мягкость объектов, карабкается на любые препятствия. Поведение ребенка в этот период в значительной мере носит импульсивный характер.

С конца второго года жизни наступает новый критический период в жизни ребенка — быстрое развитие «взрослой» речи. На переходном этапе возникает факультативное образование, так называемая автономная речь. Она состоит из звуковых комплексов, обозначающих целые группы различных предметов («о, о, о» — большие предметы), или из осколков взрослой речи («ти-ти» — часы), или из звукоизобразительных слов, обозначающих отдельные свойства объектов («ав-ав», «хрю-хрю», «му-му»). Характерными для автономной речи являются ритмическая структура, образно-аффективная насыщенность слов. С помощью таких слов ребенок общается с окружающими, что дает основание говорить о переходе от доречевой стадии к речевой¹.

Овладение взрослой речью также подчиняется закону гетерохронии: быстрее развивается понимание, медленнее — говорение. Для того чтобы ребенок смог заговорить, он должен сформировать сложные речедвигательные схемы. Для того чтобы обеспечить устойчивое звучание слов, артикуляторные схемы должны

¹ Могут наблюдаться и более сложные конструкции из автономных и взрослых слов («ав-ав» — собака). Интересен пересказ ребенком услышанной от матери фразы «Когда дядя был маленьким, он маму не слушался и попал под машину»: «Дядя, дядя... мале не... ту-ту, машина. Ох-ох!» (Гриша, 1 г. 9 мес).

обладать способностью дифференцировать близкие по произношению звуки (например, нёбно-язычные «д», «л», «н»)¹. Эту сложную задачу — создание обобщенных сенсомоторных схем — ребенок решает в течение нескольких лет. При этом, как показывают наблюдения, девочки тоньше, чем мальчики, различают эмоциональную окраску голоса, более чувствительны к речевым стимулам. У них наблюдается более быстрое созревание речевых зон мозга, более ранняя специализация полушарий по речи [Лангмейер И., Матейчек З., 1984]. Раннее развитие «взрослой» речи, так же как и других базальных психических функций, проходит через этап, когда в психике ребенка доминируют аффективно-образные представления. Л.С.Выготский писал, что вначале речь ребенка выполняет гностическую функцию, стремясь «все замеченные ощущения сформулировать словесно» [см.: Левина Р. Е., 1961].

Как показал в своей книге «От двух до пяти» К. Чуковский, одна из линий детского словотворчества связана с попыткой ребенка привести «взрослые» слова в соответствие с наглядными представлениями об окружающем (почему «милиционер», а не «улицонер»; почему корова «бодается», а не «рогается»; почему «синяк», а не «красняк»; и т.п.).

Доминирование наглядных представлений в психике ребенка находит свое отражение в опытах Ж. Пиаже на сохранение вещества, массы и объема объектов при изменении их формы. Дети дошкольного возраста считали, что количество вещества изменилось, если изменился один из параметров объекта. Однако если экспериментатор экранировал сравниваемые объекты, ребенок решал задачу правильно. Таким образом, в отсутствие давления со стороны восприятия задача решалась на вербально-логическом уровне [см.: Флейвелл Д.Х., 1967].

Из всех психофизиологических функций медленнее всего развивается ручная моторика. Здесь нет видимых критических периодов. Ребенок проходит длительный путь от «руки-лопаты» до руки, осуществляющей сложные предметные действия.

Как показывают экспериментальные данные, только к 6 — 8 годам у детей резко сокращается количество синкинезий при выполнении тонких ручных движений. К этому же возрасту относится начало формирования устойчивой рабочей позы руки. Несколько раньше ребенок овладевает действиями с бытовыми предметами — ложкой, вилок и т.д. [Запорожец А. В., 1960].

Среди действий с предметами имеется целый класс, где наблюдается конфликт между наглядным представлением о предмете и способах действия с ним. Такие действия Н.А.Бернштейн

¹ Интересно, что в период, когда ребенок овладевает сложнейшими сенсомоторными координациями в речевой сфере, ручная моторика еще находится на очень раннем этапе своего развития (период руки-лопаты).

назвал «действиями не туда»: например, открывание матрешки не путем разъема, а путем развинчивания, извлечение болта не вытаскиванием, а его вращением. Сюда же можно отнести все клинические тесты, направленные на возможность преодоления зеркальной реакции (тесты Пиаже — Хеда). Преодоление диктата зрительного поля можно наблюдать в играх на переименование, в которых происходит отрыв действия и слова от конкретного предмета.

Таким образом, наглядно-образные связи постепенно теряют свое ведущее значение. Возникают более сложные межфункциональные перестройки, в которых речь, опираясь на предметную практику, перестраивает всю систему межфункциональных связей.

Главный «архитектор» всех этих перестроек обобщений — интеллект: вначале в своем развитии он формирует сенсомоторные схемы, а затем, с появлением речи, получает инструмент, с помощью которого на вербально-логической основе в большей или меньшей степени перестраивает все другие функции. Психическая деятельность ребенка приобретает сложное многоуровневое строение.

Третье базовое понятие — *асинхрония развития*. В норме межфункциональные связи складываются в процессе гетерохронии. В патологии же возникают различные диспропорции в развитии. Рассмотрим некоторые из этих вариантов.

Явления временной независимости — явления изоляции. Л. С. Выготский (1983) писал, что в норме для двухлетнего ребенка линии развития мышления и речи идут раздельно. Как известно, мышление ребенка второго года жизни находится, по Пиаже, еще на уровне сенсомоторного развития, т.е. на достаточно ранней стадии. Если бы развитие речи в этот период зависело от состояния мышления, то она (речь) фиксировалась бы на более раннем уровне. Между тем мы наблюдаем в 2—3 года быстрое развитие экспрессивной речи при отставании смысловой. Наполнение новыми смыслами — это следующий этап в развитии мышления и речи.

В норме состояние независимости функции имеет относительный характер. Оно может наблюдаться на определенном этапе развития по отношению к одним психическим процессам, с которыми в будущем эта функция может оказаться наиболее тесно связанной (например, речь с мышлением). В то же самое время та же функция временно вступает в разносторонние связи с другими психическими функциями, которые в дальнейшем будут играть для них нередко лишь фоновую роль. Например, роль образных, аффективных компонентов на ранних этапах развития речи ребенка больше, чем в речи взрослого человека.

В норме состояние независимости имеет временный характер. В патологии же эта независимость превращается в изо-

л я ц и ю. Изолированная функция, лишённая воздействия со стороны других функций, останавливается в своем развитии, теряет адаптивный характер. При этом изолированной может оказаться не только поврежденная, но и сохранная функция, если для ее дальнейшего развития необходимы координирующие воздействия со стороны нарушенной функции. Так, например, при тяжелых формах умственной отсталости весь моторный репертуар больного ребенка могут представлять ритмические раскачивания; стереотипные повторения одних и тех же элементарных движений. Эти нарушения вызваны не столько дефектностью двигательного аппарата, сколько грубым нарушением мотивационной сферы. При олигофрении с явлениями гидроцефалии нередко наблюдается хорошая механическая память. Однако ее использование ограничено из-за низкого интеллекта. Внешняя богатая речь, со сложными «взрослыми» оборотами остается на уровне подражания. В дошкольном возрасте богатая речь таких детей может маскировать интеллектуальную несостоятельность.

Жесткие связи и их нарушения. Этот тип организации наблюдается на ранних этапах развития ребенка и свидетельствует о возникновении устойчивых связей между отдельными звеньями психического процесса¹. Однако устойчивость такой системы возможна в строго ограниченных условиях. Жесткая система не способна адекватно реагировать на многообразие окружающих условий, не обладает достаточной пластичностью². В патологии нарушение отдельных звеньев ведет к нарушению всей цепочки в целом.

Как показали исследования А. Р.Лурия с сотрудниками (1956), при олигофрении в результате нарастания инертности внутри таких цепочек нарушается переключение с одного звена на другое. При этом степень инертности отдельных звеньев может быть различной. Так, при олигофрении она более выражена в сенсомоторной сфере и меньше — в речевой. В результате речь оказывается изолированной и не связанной с сенсомоторными реакциями. Таким образом, нарушается сама возможность возникновения более сложных, иерархических, структур. В более легких случаях могут наблюдаться временные трудности при переходе от жестких связей к иерархическим. В этом случае старые связи полностью не

¹ К такой организации действий относятся условные рефлексы различной сложности, двигательные стереотипы и другие действия с жесткой последовательностью выполнения отдельных операций.

² Если элементы системы организованы по типу жестких связей (а—b—c—d), то в случае неустойчивости, выпадения одного из элементов нарушается функционирование всей цепочки. Происходит накопление патологических признаков, в том числе персевераций. Так, в случае патологической инертности нарушается переключаемость между отдельными звеньями цепочки, возникают явления интерференции. Для выявления подобных патологических явлений целый ряд нейропсихологических методик построен по принципу цепочек.

оттормаживаются, фиксируются и при каждом затруднении вновь актуализируются.

При такой организации, когда одновременно сохраняются старый и новый способы реагирования, процесс приобретает неустойчивый характер и тенденцию к регрессу.

Явления фиксации больше описаны в познавательной сфере в виде инертных стереотипов (аффективных комплексов), которые тормозят психическое развитие ребенка. Значительно менее изучены фиксации в аффективной сфере.

Иерархические связи и их нарушения. Как показал Н.А.Бернштейн (1990), многоуровневый тип взаимодействия обладает высокой пластичностью и устойчивостью. Это достигается рядом моментов, выделением ведущих (смысловых) и технических уровней, а также определенной автономностью отдельных систем, каждая из которых решает свою «личную задачу».

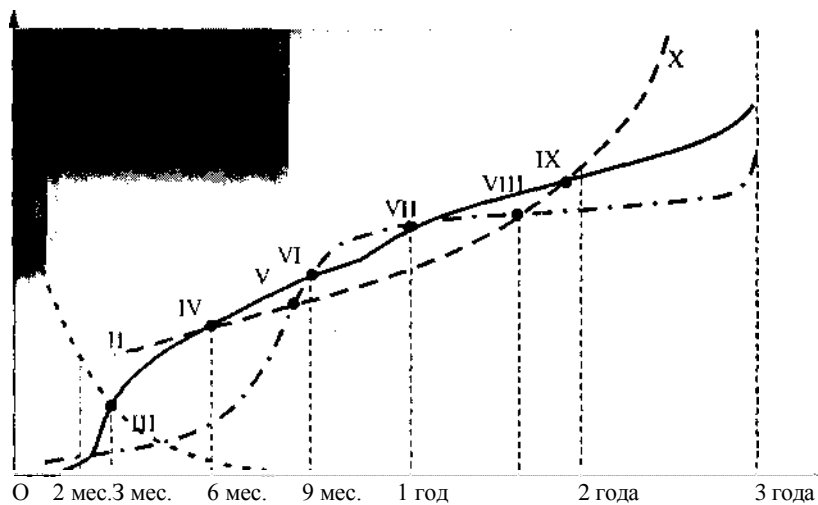
В результате такой организации ведущий уровень, разгружаясь от контроля за технической стороной процесса, имеет широкие возможности для дальнейшего усложнения в развитии. В условиях такой автономности нарушения в одном из звеньев при сохранности других ведут к компенсаторной пластичной перестройке психического процесса, а не к нарушению его целостности, как это имеет место при жестком типе организации межфункциональных связей.

В нормальном системогенезе эти типы связей — временная независимость, жесткие связи и, наконец, иерархические связи, являющиеся наиболее сложным вариантом архитектуры функциональных систем, — отражают уровни функциональной организации психических процессов.

Их перестройки и усложнение протекают в определенной хронологической последовательности, обусловленной законом гетерохронии — разновременностью формирования различных функций с опережающим развитием одних по отношению к другим. Каждая из психических функций имеет свою хронологическую формулу, свой цикл развития. Наблюдаются вышеуказанные чувствительные периоды ее более быстрого, иногда скачкообразного развития и периоды относительной замедленности формирования.

При различных дисфункциях в первую очередь страдает развитие сложных межфункциональных связей, какими являются иерархические координации. Наблюдаются диспропорции, возникают различные типы асинхроний развития. Среди основных можно выделить следующие:

а) *явления ретардации* — незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм. Это наиболее характерно в случаях олигофрении и задержки психического развития. Р.Е.Левиной (1961) описаны дети с общим речевым



- развитие контактных сенсорных систем;
 — развитие дистантных рецепторов (в основном — зрение, позже — слух);
 - - - - - развитие «взрослой» речи (включая этап вокализации);
 — ■ — ■ моторика (кроме тонкой моторики);
 III | эмоции.

Рис. 1. Формирование психофизиологических функций в нормальном развитии детей (0—3 года): I — тактильный контакт доминирует во взаимодействии с матерью; II — 2—3 месяца — перестройка сенсорных систем в пользу дистантных рецепторов, интерес к лицу человека, зарождается глазной контакт; III — преобладает обследование рта; IV — 6 месяцев — интегрируется образ матери, формируется способность считывать эмоциональное состояние матери и подстраиваться под него; ребенок выделяет среди других аффективно-насыщенный образ матери. Новообразование — «поведение привязанности» (возникает чувство безопасности, следовательно, снижается уровень тревоги и страхов; успокаивается на руках матери, появляется регуляция агрессивного поведения, следовательно, повышается активность ребенка и его исследовательское поведение), координация глазного общения с вокализацией (предпосылки для развития символической функции речи); V — 9 месяцев — двигательная активность ребенка возрастает в рамках «поведения привязанности»; VI — подражание, произнесение отдельных слогов и ритмически организованных слов (мама, ба-ба и т.д.); VII — второй год жизни. Двигательная активность возрастает в рамках исследовательской активности. Поведение подчинено зрительно-аффективной структуре поля; VIII — развитие речевой сенсомоторики (произнесение отдельных «взрослых» слов); IX — конец второго года — развитие «взрослой» речи в рамках исследовательского поведения; X — третий год жизни — бурное развитие «взрослой» речи (гностическая функция речи)

недоразвитием, у которых наблюдалось патологически длительное сохранение автономной речи. Дальнейшее речевое развитие у этих детей происходит не в результате смены автономной речи на обычную, а внутри самой автономной речи, за счет накопления словаря автономных слов. В этом случае патологически фиксируется один из низших речевых этапов, в норме занимающий очень короткий период;

б) явления патологической акселерации отдельных функций, например чрезвычайно раннее (до 1 года) изолированное развитие речи при ранней детской шизофрении, сочетающееся с грубым отставанием, ретардацией в сенсомоторной сфере. При этом варианте асинхронии развития могут длительно сосуществовать развитая (взрослая) речь и речь автономная; наглядные, комплексные обобщения и обобщения понятийные и т.д. То есть на одном возрастном этапе имеется смешение психических образований, наблюдаемых в норме в разные возрастные эпохи.

Таким образом, при асинхрониях развития наблюдаются различные варианты нарушений:

- явления стойкой изоляции;
- фиксации;
- нарушение инволюции психических функций;
- временные и стойкие регрессии.

Изучение гетерохронии и асинхронии развития не только углубляет понимание механизмов симптомообразования, но и открывает новые перспективы в области коррекции. Если известны набор элементов, необходимых для построения новой функциональной системы, скорость и последовательность, с какой каждый из элементов должен пройти свой участок пути, а также набор качеств, которыми должна обладать будущая система, то в случае сбоев в этом процессе мы можем не только предсказать характер ожидаемых нарушений, но и предложить адресную программу коррекции.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Важным моментом в изучении как нормального, так и аномального онтогенеза явилось выделение двух взаимосвязанных линий развития — биологической и социально-психической. Болезнь, вызывая прежде всего нарушение биологической линии развития, тем самым создает препятствия для социально-психического развития — усвоения знаний и умений, формирования личности ребенка.

Психологическое изучение аномального ребенка предполагает решение задач, в определенной мере аналогичных задачам и принципам клинической диагностики: от изучения симптомов дизонтогенеза к изучению механизмов их возникновения и далее — к типу дизонтогенеза. Только в таком структурно-динамическом изучении аномального развития, вскрытии его патопсихологических механизмов Л.С.Выготский видел путь к дифференцированной коррекции нарушений развития.

Эти положения Л.С.Выготского легли в основу выделяемого нами ряда патопсихологических параметров, определяющих характер психического дизонтогенеза. Рассмотрим эти параметры.

3.1. Функциональная локализация нарушения

Нейропсихология детства еще только формируется в отдельную область знаний¹. В своем развитии она проходит те же этапы, что и детская неврология и психиатрия. Вначале — нахождение

¹ Нейропсихологический подход к анализу нервно-психических нарушений у детей применялся в разные годы рядом авторов: Т. В. Ахутиной, Н. М. Пылаевой, Ю. Г. Демьяновым, Д. Н. Исаевым, А. Н. Корнеевым, Н. К. Корсаковой, Ю. В. Микадзе, Е. Ю. Балашовой, В. В. Лебединским с соавт., И. Ф. Марковской, Э. Г. Симерницкой, А. В. Семенович и др.

клинических симптомов, которые бы подтверждали сходный характер отдельных болезней у взрослых и детей, а затем, уже на следующих этапах, выделение специфической симптоматики, наблюдаемой только в детском возрасте.

При описании *морфо-функциональной организации мозга*, как правило, применяют два подхода.

Согласно первому — *горизонтальному* — мозг делится на правое и левое полушария. По этой классификации левое полушарие доминирует в заданиях, требующих вербализации и категоризации информации; правое обеспечивает опознание образных стимулов, обладающих качествами гештальта (т.е. целостной структурой, несводимой к сумме элементов).

По мнению ряда авторов, левополушарная специализация по речи существует с рождения [Lenneberg E. H., 1964]. Однако доминирование левого полушария по речи не означает, что другое, субдоминантное, остается «немым» в отношении речевых процессов. Паралингвистические компоненты речи — ритм, темп, эмоциональная выразительность — преимущественно связаны с правым полушарием. Благодаря этим компонентам не только дополняется смысловая сторона речи, но и появляется важный источник сведений о говорящем. Хотя паралингвистические средства прямо не входят в систему языка, без них речевое сообщение не может стать фактом коммуникации. В детском возрасте, пока речевая система еще слабо развита, паралингвистические средства приобретают особое значение в общении ребенка со взрослыми и другими детьми.

Правое и левое полушария различаются также скоростью переработки информации [Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А., 1997; и др.]. Этологически это понято — в процессе ориентировки прежде всего необходимо обнаружить объект (правое полушарие), а затем уже отнести его к определенному классу явлений и вербализовать (левое полушарие). Последняя задача более сложная и поэтому требует большего времени для своего решения. Еще одно различие — левое полушарие более чувствительно к вредным воздействиям, поэтому чаще повреждается, особенно у мальчиков.

В основу второго подхода классификации положен *принцип иерархической организации головного мозга*: деление его на первичные, вторичные и третичные поля. Первичные поля, построенные по экранному принципу, имеют непосредственный выход на сенсомоторную периферию (входные и выходные ворота коры головного мозга); вторичные анализируют и обобщают информацию, полученную от первичных центров; третичные синтезируют различные потоки информации и тем самым обеспечивают целостный характер психической деятельности. Из этого деления следует важный вывод: чем ближе к первичным полям находится очаг нарушения, тем более четкой и определенной становится

топическая диагностика. И, наоборот, чем дальше от первичных полей находится очаг поражения, тем сложнее организация поврежденных систем и, следовательно, тем больше факторов может привести к сбоям в их работе. Таким образом, отдельные мозговые системы работают по двум основным принципам — жесткому и вероятностному. Чем ближе к периферии, тем больше оснований для жесткой локализации функций (пример — экраный принцип работы первичных мозговых полей, в которых отдельные участки точки за точкой представляют соответствующие периферические области восприятия и моторики).

При повреждении этих областей мозга возникают трудновосполнимые повреждения. Чем дальше от периферии, тем сложнее и разнообразней процессы, происходящие в головном мозгу; тем интенсивней предпосылки межсистемных взаимодействий, а следовательно, и больше возможностей для перестроек и компенсаций. Однако закономерна и другая закономерность: в случае патологии высокоразвитые функциональные системы утрачивают свою пластичность и возвращаются к более жесткому принципу реагирования. Так, например, в случае нарушения сенсомоторики руки теряется пластичность движений, возникают синкинезии — присоединение произвольных движений к произвольному; на предложение поднять один палец больной поднимает всю руку (явление генерализации).

В иерархической организации головного мозга наиболее сложными образованиями являются третичные поля, к которым прежде всего относятся лобная и теменная области.

Лобная область занимает третью часть мозга и имеет многочисленные связи с другими отделами коры и подкорковыми образованиями. Поэтому она является одной из самых чувствительных областей, обладающей повышенной «откликаемостью» на все события, происходящие не только в нервной системе, но и в организме в целом. Вертикальные связи с подкорковыми структурами обеспечивают участие лобных отделов в регуляции уровня бодрствования и общей активизации коры, модификации и направленности внимания. Физиологическая мотивация, зарождающаяся в подкорковых структурах в виде влечений, преобразуется на уровне лобной коры в целенаправленные акты. Взаимодействие базально-лобных отделов с подкорковыми системами определяет динамику аффективных процессов.

Таким образом, лобная кора имеет тесные связи с подкорковыми структурами, прежде всего с ретикулярной формацией (активация), гипоталамо-лимбической системой (физиологическая мотивация), экстрапирамидной системой и мозжечком (моторика). В случае патологии субкортикальных моторных центров нарушается координация движений, страдает их выразительность, из-под контроля коры высвобождаются элементарные автоматизмы.

В случае большей распространенности патологического процесса на глубинные области спектр симптоматики расширяется: возникают нарушения равновесия, неустойчивость движений, гиперкинезы, гипо- и гипердинамические персеверации, эхопраксии, а в речи даже явления мутизма.

Из этого следует, что перечисленные симптомы не всегда являются результатом первичной дисфункции лобных долей и, следовательно, не всегда могут оцениваться как специфически лобная симптоматика. Они могут возникать вторично вследствие патологических воздействий подкорковых систем, тесно связанных с лобными отделами. Этот момент особенно требует учета при нейропсихологической диагностике детей, у которых лобные системы особенно чувствительны к патологическим воздействиям со стороны других областей головного мозга.

При первичной дисфункции лобных отделов мозга клиническая симптоматика более разнообразна, чем нейропсихологическая. Наблюдаются два основных синдрома. При поражении конвекситальной коры снижается общая активность (симптомы: вялость, апатия, отсутствие побуждений), страдают произвольность внимания, целенаправленность речи и мыслительных процессов, движений и действий, поведение в целом. При этом остается относительно сохранной область автоматизмов в двигательной и мыслительной сферах¹.

В случае дисфункции лобно-базальных отделов, наоборот, наблюдаются двигательная и психическая расторможенность, беспорядочная активность, эйфория, нарушение критики.

Выделяются два варианта лобно-базального синдрома [Шмарьян А. С., 1949]. Первый — с явлениями эйфории, дурашливости, расторможенности влечений и глубоким нарушением критики. Второй — с неприятными соматическими ощущениями: немотивированной тревогой и страхами, что указывает на вовлечение в патологический процесс глубинных структур.

В некоторых случаях тяжесть лобного синдрома не может быть оценена только на основании лабораторного нейропсихологического исследования. Так, в эксперименте могут наблюдаться негрубые нарушения в двигательной и мыслительной сферах. Однако при наблюдении за обычным поведением больного обнаруживаются

¹ Так, например, больные с опухолью коры лобной области довольно легко решали задачи на нахождение аналогий (род—вид, целое — часть и т.д.), если задание давалось в свободной форме (например, лошадь—жеребенок, корова—? и т.д.). Однако в другом варианте, когда больному предлагалось выбрать нужное слово из трех (рога, молоко, теленок), возникали непреодолимые трудности. В первом варианте не требовался активный выбор нужного слова, задание решалось на основе имеющихся у больного автоматизированных ассоциаций; во втором варианте необходим был целенаправленный поиск нужного слова [Лурия А. Р., Лебединский В. В., 1968].

дезориентировка в окружающем, эмоциональное уплощение, снижение критики. Поэтому нейропсихологическое исследование должно включаться в более широкий контекст, учитывать личностные и поведенческие особенности больного.

Другое наиболее сложное морфо-функциональное образование расположено в задних, гностических отделах головного мозга. Если морфологически отдельные гностические поля (чувствительные, зрительные, слухоречевые) четко отделены друг от друга, то функционально они тесно связаны между собой. Однако и здесь действует принцип иерархичности, поскольку теменная область (особенно ее нижняя часть), расположенная на стыке гностических полей, осуществляет наиболее сложный синтез различных потоков информации.

Как показывают клинические и нейропсихологические исследования, при поражении задних отделов головного мозга возникают разнообразные патологические явления: одно из них напрямую связано с нарушением работы отдельных гностических систем (зрительной, слуховой, тактильной); в других, более сложных, вариантах страдает способность к синтезу различных потоков информации. В результате возникают трудности в осмыслении пространственных отношений, предметов и схем действия с ними, символических представлений, которые находят свое высшее выражение в речи, письме, счетных операциях.

Распространение патологического процесса на подкорковые образования, прежде всего на область зрительного бугра — центра первичного синтеза сенсорной информации, — сопровождается нарушением протопатической чувствительности с тягостными, неприятными ощущениями, которые могут сочетаться с немотивированным изменением настроения, депрессивными состояниями, тревогой и страхами. При нарушении связей базально-височной области с подкорковыми образованиями наблюдаются разнообразные психосенсорные расстройства в виде обонятельных, вкусовых, зрительных и слуховых галлюцинаций. В более сложных случаях возникают нарушения синтетического порядка: чуждость своих ощущений, самого себя и окружающего (симптомы деперсонализации, дереализации). Так, нарушения памяти проявляются в зависимости от локализации: в одних случаях страдает кора по модально-специфическому типу, в других — нарушение носит более общий характер по типу корсаковского синдрома.

Рассмотренные выше данные касаются преимущественно патологии уже сформированных мозговых систем. Возникает закономерный вопрос: в какой мере данные, полученные при изучении патологии взрослого возраста, могут быть распространены на детский возраст? В пользу решения этого вопроса положительно указывает ряд моментов; главный из них тот, что отдельные мозговые структуры начинают функцио-

нировать у детей задолго до окончательного их морфологического созревания. Поэтому симптоматика, характерная для патологии взрослого мозга, обнаруживает себя и у детей. При этом характер ее будет зависеть от возраста и степени зрелости отдельных психофизиологических образований.

Так, к рождению у ребенка наиболее сформированными являются подкорковые области и проекционные (первичные) зоны коры головного мозга. Постцентральная область коры (кожная, осязательная, мышечно-суставная чувствительность) начинает функционировать уже в период внутриутробного развития, а окончательно оформление первичных полей завершается к 2 годам, вторичных (верхнетеменная область) — к 7 годам. Высокой чувствительностью обладают центры обоняния и вкуса.

К моменту рождения корковый конец зрительного анализатора и его подкорковые структуры также уже подготовлены к деятельности, первичное поле по своей площади уже к 4 годам приближается к его размерам у взрослого человека, а вторичные достигают этих соотношений к 7 годам. Височная область и ее подобласти начинают выделяться уже на 5-м месяце внутриутробного развития. После рождения корковая часть, обеспечивающая анализ и синтез слуховых сигналов, развивается раньше других участков и достигает своего полного оформления к 2 годам. А к 7 годам величина поверхности височной коры почти равна ее размерам у взрослого человека.

Нижнетеменная область, обеспечивающая синтез гностической информации, развивается несколько медленнее, значительные количественные и качественные изменения наблюдаются в 2 года и 7 лет. От 8 до 12 лет рост коры в левом полушарии (речевом) происходит быстрее, чем в правом, и окончательно созревание завершается в 11 — 13 лет.

Созревание двигательной коры к рождению еще не вполне завершено; первичные образования приобретают структуру, сходную со взрослой, между 2—4 годами, а вторичные — между 7—11 годами. При этом между 2—3 годами особо впечатляющими являются достижения в области речевой моторики.

Наиболее поздно завершается созревание лобной коры — в 18 — 20 лет. Однако и здесь наблюдаются пики роста: 3 — 4 года и 7 — 8 лет (к 7 годам поверхность лобных долей ребенка составляет уже 23,1 % всей коры, взрослого — 25,1 %), хотя развитие лобных долей имеет длительный характер и завершается за чертой детства.

В целом задние отделы быстрее заканчивают период своего созревания и приближаются по своей структуре, размерам и функции к мозгу взрослого человека. Это позволяет использовать нейропсихологические классификации и методы, разработанные на базе взрослой клиники, в детской неврологии, однако с учетом ряда моментов.

Патологическая симптоматика, наблюдаемая у детей, схожа со взрослой, но значительно беднее по своему характеру. Это вызвано следующими причинами:

во-первых — у детей еще не выстроены необходимые межфункциональные связи. Поэтому патологическая симптоматика чаще всего отличается недостаточной очерченностью, фрагментарностью, мозаичностью. Так, мозговые системы, уже в основном завершившие свое развитие, будут реагировать на вредность симптомами повреждения (как мозг взрослого человека); системы, еще формирующиеся, — симптомами повышенной возбудимости, двигательной расторможенности, страхами и т.д., а также отставанием в речевом и сенсомоторном развитии;

во-вторых — доминируют симптомы задержки и нарушения развития. Только ближе к школьному возрасту патологическая симптоматика становится сложнее и ближе к тому, что встречается в практике взрослого возраста;

в-третьих — благодаря доминирующей тенденции к росту пластичность мозговых систем у детей намного больше, чем у взрослых.

Однако это не отменяет общего положения: компенсаторные возможности выше в тех случаях, когда страдают ограниченные участки головного мозга. При диффузных же поражениях мозговой ткани, захватывающих большие территории мозга, компенсаторные возможности ограничены. Это относится даже к тем случаям, когда тяжесть патологических изменений незначительна. Так, например, при синдроме ММД (минимальной мозговой дисфункции) наблюдается выраженное расхождение между обширностью патологической симптоматики и невыраженностью неврологических проявлений.

3.2. Роль времени в возникновении

■ СИМПТОМОВ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Характер аномалии развития будет различным в зависимости от того, когда возникло повреждение нервной системы. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явления *недоразвития*. ; Чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления *повреждения* и распада структуры психической функции.

Временной фактор определяется не только хронологическим моментом возникновения нарушения, но и длительностью периода развития данной функции в онтогенезе. Повреждению чаще > подвергаются функциональные системы с относительно коротким временным циклом развития. Так, чаще повреждаются функции, имеющие подкорковую локализацию, формирование кото-

рых в онтогенезе завершается относительно рано, и первичные зоны коры головного мозга. Кортиковые же функции, имеющие более длительный период развития, при раннем воздействии вредности чаще либо стойко недоразвиваются, либо временно задерживаются в своем развитии.

С параметром времени связана и другая вероятность поражения той или иной функции. Как известно, в ходе психического развития каждая функция в определенное время проходит через сензитивный период, который характеризуется не только наибольшей интенсивностью развития, но и наибольшей уязвимостью и неустойчивостью по отношению к вредности.

Сензитивные периоды характерны не только для развития отдельных психических функций, но и для психического развития ребенка в целом. Выделяются периоды, в которых большинство психофизических систем находится в сензитивном состоянии, и периоды, для которых характерны достаточная устойчивость, баланс сформированных и неустойчивых систем с превалированием первых.

К основным сензитивным периодам детства относятся, как известно, возраст 0—3 года и пубертатный период. В эти периоды особенно велика возможность психических нарушений. Другие возрасты более устойчивы по отношению к различным вредностям.

Неустойчивость психических функций, характерная для сензитивного периода, может обусловить явления *регресса* — возврата функции на более ранний возрастной уровень, как временного, функционального, так и стойкого, связанного с повреждением функции. Так, например, к временной потере навыков ходьбы, опрятности и т.д. может привести даже соматическое заболевание в первые годы жизни. Примером же стойкого регресса может быть возврат к автономной речи вследствие нарушения потребности в коммуникации, наблюдаемой при раннем детском аутизме. Склонность к регрессу при прочих равных условиях также более характерна для менее зрелой функции.

Вероятность явлений регресса имеется и в тех случаях, когда более ранние формы психического реагирования не инволюционируют своевременно, а продолжают сосуществовать с уже возникшими более сложными формами организации психической деятельности. При этом чем дольше сохраняются более ранние формы реагирования, чем больший разрыв между ними и сложными формами психической организации, тем меньше устойчивость психического развития в целом и больше вероятность возникновения регрессивных явлений.

Следует, однако, иметь в виду, что регрессу подвержены не только функции, находящиеся в сензитивном периоде, но и функции, уже достаточно оформленные. Это наблюдается при более грубом,

вредоносном воздействии: при шоковой психической травме, остром начале шизофренического процесса у ребенка и т.д.

Явления регресса следует дифференцировать от *явлений распада*, при котором происходит не снижение функции до более раннего возрастного уровня, а ее грубая дезорганизация либо выпадение.

В связи с вышесказанным отставание в развитии никогда не носит равномерный характер. При повреждении нервной системы в первую очередь страдают функции, которые непосредственно с ней связаны (глухота — нарушение речи). Затем страдают те функции, которые находятся в это время в сензитивном периоде и, следовательно, обладают наибольшей неустойчивостью и ранимостью. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стойки явления регресса и более вероятны явления распада. Поэтому диагностическая карта развития аномального ребенка, как уже отмечалось, будет иметь мозаичный характер: одни функции останутся относительно сохранными, другие — задержатся в своем развитии, третьи — будут повреждены.

3.3. Первичные и вторичные нарушения

Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л.С.Выготский (1960) предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов: первичные — нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (нарушения слуха и зрения при поражении органов чувств, детские церебральные параличи, локальные поражения определенных корковых зон и т.д.), и вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития. Это деление принципиально важно для изучения аномалий развития.

Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения. Часто наблюдается их сочетание (например, при осложненной олигофрении — недоразвитие корковых систем и повреждение подкорковых). В тех случаях, когда субстрат болезненного процесса неизвестен (например, при шизофрении), выделяется не первичный, а «основной» дефект, который определяется местом, занимаемым тем или иным нарушением в общей структуре психической недостаточности при данном заболевании.

Вторичный дефект, по мнению Л.С.Выготского, является основным объектом в психологическом изучении и коррекции аномального развития. Его структура включает в себя ряд компонентов, отражающих как своеобразие болезненного процесса, так и закономерности, определяющие особенности дизонтогенеза в детском возрасте.

Механизм возникновения вторичных нарушений различен. Вторично недоразвиваются те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной, — так называемое *специфическое недоразвитие*. Сюда, например, относится недоразвитие понимания речи у детей с нарушением слуха.

Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые в момент воздействия вредности находятся, как указывалось, в сензитивном периоде. В результате разные вредности могут в определенной мере приводить к сходным результатам. Так, например, в дошкольном возрасте наиболее интенсивно развивающимися и наиболее уязвимыми являются две функции — произвольная моторика и речь. Обе они нарушаются чаще всего при самых различных вредностях, давая задержку речевого развития, недоразвитие произвольной регуляции действия с явлениями двигательной расторможенности.

Специфичность недоразвития уменьшается по мере удаления от основного дефекта. Чем сложнее психический процесс, чем больше опосредован он рядом межцентральных взаимодействий, тем больше факторов может привести к конечному сходному результату вторичных нарушений. Так, например, глухота наряду со специфическими вторичными нарушениями обуславливает и задержку психического развития, которая будет проявляться в замедлении становления логических форм мышления, эмоциональном недоразвитии и т.д. Явления задержки психического развития могут наблюдаться в структуре нервно-психических расстройств и при патологии других систем: нарушениях зрения, двигательной и эмоциональной сферы.

В зависимости от места первичного дефекта направление вторичного недоразвития может быть «снизу вверх» или «сверху вниз». Л.С.Выготский считал основной координатой вторичного недоразвития направление «снизу вверх» — от элементарных функций к более сложным. Однако ряд данных позволяет считать, что вторичное недоразвитие может наблюдаться не только в отношении высших, но и базальных функций. Известно, что в онтогенезе развитие идет не только «снизу вверх», но и «сверху вниз». В последнем случае развитие высших функций стимулирует перестройку базальных, внося в них новые задачи и цели. В случае дефекта высших уровней такого «подтягивания» не происходит, возникает вторичное недоразвитие базальных систем (недоразвитие «сверху вниз»). Так, например, при олигофрении недоразвитие мышления способствует и вторичному недоразвитию потенциально более сохранных гнозиса и праксиса (см. следующие разделы).

Важнейшим фактором возникновения вторичных нарушений развития является *фактор социальной депривации*. Дефект в той или иной мере препятствует общению, тормозит приобретение знаний и умений. Своевременно не осуществленная психолого-

педагогическая коррекция трудностей приводит к выраженной вторичной микросоциальной и педагогической запущенности, ряду расстройств в эмоциональной и личностной сферах, связанных с постоянным ощущением неуспеха (заниженность самооценки, уровня притязаний, возникновение аутистических черт и т.д.).

Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями самого психического развития детского возраста. Пропущенные сроки в обучении и воспитании автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, а возникшее отставание требует уже более сложных и специальных усилий по его преодолению. Трудности в обучении создают не только педагогическую запущенность, но и стойкое отрицательное отношение к школе, которое в более старшем возрасте становится одним из основных факторов, формирующих нарушения поведения у подростков.

Таким образом, *в процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями*. Если на первых этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является первичный дефект, то затем вторично возникшие явления психического недоразвития, а также негативные личностные установки, вызванные неудачами в школе, нередко начинают занимать ведущее место в отношении к обучению и, irradiруя на более широкий круг психологических возрастных проблем, препятствовать адекватной социальной адаптации. И наоборот, ранняя психолого-педагогическая коррекция дефекта во многом улучшает прогноз формирования личности и социальной компенсации этой группы детей.

3.4. Общее и частное в синдромах дизонтогенеза

Рассмотренные выше данные позволяют сделать вывод в отношении особенности структуры дизонтогенетических синдромов у детей. Вся патопсихологическая симптоматика в них расположена в порядке убывания ее специфичности по отношению к первичному дефекту. Как известно, патологическая симптоматика состоит из негативных и продуктивных симптомов. Первые отражают явления выпадения, повреждения психических функций; вторые в большей мере указывают на остроту патологического процесса, чем на характер заболевания.

Для детского возраста также характерны так называемые возрастные симптомы, которые уже более специфичны для возраста, в котором началось заболевание. Одни и те же возрастные симптомы могут наблюдаться при самой различной патологии. Они

являются утрированными, искаженными проявлениями нормальных возрастных фаз развития. Каждый из возрастов имеет свой стереотип реагирования на вредность. Чем меньше ребенок, тем большее место занимают возрастные симптомы в картине заболевания.

Еще менее специфичны для заболевания так называемые вторичные нарушения. Лишь часть из них непосредственно зависит от характера первичного дефекта: глухота — недоразвитие речи. В то же время глухих и слепых детей объединяет целый класс сходных дизонтогенетических симптомов в виде задержки интеллектуального и эмоционального развития. Наконец, в качестве третичных симптомов выступают различные личностные расстройства.

Неспецифичными для определенных заболеваний являются также патологические изменения в тех функциях, которые в момент воздействия вредности находились в сензитивной фазе своего развития и, следовательно, отличались большей, чем у уже сформированных функций, неустойчивостью, ранимостью. Так, например, при рано и злокачественно начавшемся шизофреническом процессе могут возникнуть явления умственной отсталости — следствие общей реакции мозга на вредность (так называемый олигофренический плюс). Уменьшение специфичности патологических симптомов также зависит от степени сложности исследуемого дефекта.

Таким образом, чем сложнее строение психической функции, тем больше она опосредована рядом межцентральных взаимодействий, тем больше различных факторов может привести к возникновению патологической симптоматики более общего порядка. Поэтому часто возникают трудности в установлении причинно-следственных связей между первичным нарушением и всей остальной массой патологических симптомов, в том числе и дизонтогенетических. В связи с этим возникает необходимость анализа всех патологических симптомов по механизму их возникновения. Это важно как для понимания архитектуры синдромов аномалий развития, так и для их диагностики и дифференциации методов коррекции.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

4.1. Типы классификаций психического дизонтогенеза

Классификация дизонтогенеза строится на основе выделения области психики, в которой первично возникли аномальные явления. Однако при этом нельзя не учитывать, что любая классификация является абстракцией и не способна охватить во всей сложности изучение явления.

Г.Е.Сухарева (1959) с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие; Л.Каннер [Kanner L., 1955] — недоразвитие и искаженное развитие. Клинически близка к классификациям Л. Каннера и Г. Е. Сухаревой классификация нарушений психического развития, предложенная Я.Лутцем [Lutz J., 1968], в которой выделяются пять типов нарушений психического развития:

1) необратимое недоразвитие связывается с моделью олигофрении;

2) дисгармоническое развитие — с психопатией;

— регрессирующее развитие — с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией;

3) альтернирующее развитие, включающее состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации и наблюдаемое при самой различной соматической и психической патологии;

4) развитие, измененное по качеству и направлению, наблюдаемое при шизофреническом процессе.

По мнению Г.К.Ушакова (1973) и В.В.Ковалева (1979), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются два:

1) ретардация, т.е. замедление или стойкое психическое недоразвитие (как общее, так и парциальное);

2) асинхрония как неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

По нашему мнению, психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами (табл. 2).

Варианты психического дизонтогенеза

Аномалия	Чем вызвана
1. Недоразвитие	Отставание в развитии
2. Задержанное развитие	
3. Поврежденное развитие	Поломка в развитии
4. Дефицитарное развитие	
5. Искаженное развитие	Асинхрония развития
6. Дисгармоническое развитие	

В основу этой классификации положены классификации дизонтогенеза Г.Е.Сухаревой (1959) и Л.Каннера [Kanner L., 1955]. Мы сочли целесообразным добавить в нее как самостоятельные варианты задержанное, дефицитарное и дисгармоническое развитие.

Предлагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий, исходя из основного качества нарушения развития. Выделяется группа аномалий, вызванных *отставанием развития*: недоразвитие, задержанное развитие; группа аномалий, в которых ведущим признаком является *диспропорциональность {асинхрония} развития*: искаженное и дисгармоническое развитие; и, наконец, группа аномалий, вызванная *поломкой, выпадением отдельных функций*: дефицитарное и поврежденное развитие.

Как показывают клинико-психологические данные, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Например, при ранней детской шизофрении можно наблюдать как задержанное и искаженное развитие, так и более грубую форму — недоразвитие (так называемый «олигофренический плюс») и даже поврежденное развитие (при злокачественном течении процесса). Эта особенность позволяет рассматривать отдельные варианты дизонтогенеза не как самостоятельные, независимые образования, а, скорее, как с и н д р о м ы аномального развития, которые нередко могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего.

Далее, при более подробном рассмотрении отдельных вариантов дизонтогенеза мы не стремились к воссозданию полной клинико-психологической структуры заболевания и даже вызванной им аномалии развития, а старались показать ряд закономерностей, характерных для того или иного типа дизонтогенеза.

В формировании вторичного дефекта большая роль принадлежит культуральной депривации: низкие интеллектуальные возможности ребенка, страдающего олигофренией, не только исходно затрудняют усвоение информации, но и создают для него ситуацию изоляции в среде сверстников, выпадение из сферы полноценного общения, вызывают невротические наслоения, еще более тормозящие контакты с окружающими. Таким образом, вторичный дефект имеет сложную, многоступенчатую структуру, начиная от механизмов, более близких к биологическим, и кончая параметрами, связанными с социальной депривацией.

4.3. Задержанное психическое развитие

Термин «*задержка психического развития*» был предложен дефектологами. Тем самым был выделен и обозначен еще один вариант, отличный от стойкого недоразвития. При задержке психического развития речь идет лишь о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемое™ в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере выражены нерезко. В других случаях, наоборот, преобладает замедление развития интеллектуальной сферы.

Различают четыре основных варианта задержки психического развития [Лебединская К.С., 1969]:

- 1) задержка психического развития конституционального происхождения;
- 2) задержка психического развития соматогенного происхождения;
- 3) задержка психического развития психогенного происхождения;
- 4) задержка психического развития церебрально-органического генеза.

В *клинико-психологической структуре* каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

При задержке психического развития *конституционального происхождения* (гармонический, психический и психофизиологиче-

ский инфантилизм), по определению Лорена и Ласега [см.: Сухарева Г. Е., 1965], инфантильности облика часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей находится как бы на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста: яркости и живости эмоций, преобладанию эмоциональных реакций в поведении, игровых интересах, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки и в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью. Поэтому в первом классе школы у них иногда возникают трудности, связанные как с малой направленностью на длительную интеллектуальную деятельность (на занятиях они предпочитают играть), так и неумением подчиняться правилам дисциплины.

Эта «гармоничность» психического облика иногда нарушается в школьном и взрослом возрасте, так как незрелость эмоциональной сферы затрудняет социальную адаптацию. Неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу [Сухарева Г. Е., 1959; Штутте Г., 1967; Ковалев В. В., 1979].

Однако такая «инфантильная» конституция может быть сформирована и в результате негрубых, большей частью обменно-трофических заболеваний, перенесенных на первом году жизни [Лебединская К.С., 1969; и др.].

При так называемой *соматогенной задержке* психического развития эмоциональная незрелость, как указывалось, обусловлена длительными, нередко хроническими заболеваниями, пороками развития сердца и т.д. Хроническая физическая и психическая астения тормозит развитие активных форм деятельности, способствует формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в своих силах. Эти же свойства в значительной степени обуславливаются и созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов. Таким образом, к явлениям, обусловленным болезнью, добавляется искусственная инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки.

Задержка психического развития *психогенного происхождения* связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, при раннем возникновении и длительном действии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обуславливающие патологическое развитие его личности.

Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с задержкой психического развития

по типу психической неустойчивости: неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности.

В условиях гиперопеки психогенная задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду.

В психотравмирующих условиях воспитания, где преобладает жестокость либо грубая авторитарность, нередко происходит формирование личности по невротическому типу, при котором задержка психического развития будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, в робости, боязливости.

Задержка психического развития *церебрально-органического генеза* имеет наибольшую значимость для клиники и специальной психологии ввиду выраженности проявлений и необходимости (в большинстве случаев) специальных мер психолого-педагогической коррекции.

Причины церебрально-органических форм задержки психического развития (патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни), как видно, в определенной мере сходны с причинами олигофрении. Это сходство определяется органическим поражением центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Пойдет ли речь о выраженном и необратимом психическом недоразвитии в виде олигофрении либо только о замедлении темпа психического созревания — будет зависеть в первую очередь от массивности поражения. Другим фактором является время поражения. Задержка психического развития значительно чаще связана с более поздними, экзогенными повреждениями мозга, воздействующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере продвинута и нет опасности их грубого недоразвития. Тем не менее некоторые исследователи предполагают и возможность генетической этиологии.

Признаки замедления темпа созревания часто обнаруживаются уже в раннем развитии и касаются почти всех сфер, в значительной части случаев вплоть до соматической. Так, по данным И.Ф. Марковской (1993), обследовавшей 100 учеников младших классов специальной школы для детей с задержкой психического развития, замедление темпа физического развития наблюдалось у 32 % детей, задержка в становлении локомоторных функций — у 69 %, речи — у 63 %, длительная задержка формирования навыков опрятности (энурез) — в 36 % наблюдений.

Х.Спионек (1972), изучая характер нарушения навыков письма и чтения у детей с ЗПР, обнаружила недоразвитие зрительных, слуховых и моторных функций; при этом у 41 % детей были нарушены все три указанные функции, у 35 % — две и лишь у 19% — одна.

Следует, однако, отметить, что запаздывание в формировании этих функций качественно иное, чем при олигофрении.

В случаях возникновения задержки психического развития в связи с постнатальными вредностями (инфекциями, интоксикациями и травмами), перенесенными в первые 3—4 года жизни, можно наблюдать наличие временного регресса приобретенных навыков и их последующую нестойкость.

Преобладание более поздних сроков поражения обуславливает наряду с явлениями *незрелости* почти постоянное наличие и признаков *повреждения* нервной системы. Поэтому в отличие от олигофрении, в структуре задержки психического развития церебрально-органического генеза почти всегда имеется набор энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных), свидетельствующих о повреждении нервной системы.

Стойкая неврологическая симптоматика остаточного характера констатируется у 50—92 % таких детей [Марковская И. Ф., 1999].

Выраженные нарушения на электроэнцефалограмме встречаются в 30-55 % случаев [Satterfield J.H. et. al., 1979].

На дисфункцию дизэнцефальных и верхнестволовых структур указывают данные и других авторов.

За рубежом патогенез этой формы задержки психического развития связывается с «минимальным повреждением мозга» [Strauss A.A., Lehtinen L.E., 1947], «минимальной мозговой дисфункцией» — ММД [Paine R.S., 1962]. Эти термины подчеркивают невыраженность, определенную функциональность церебральных нарушений.

При органической недостаточности существует определенная последовательность реагирования уровней ЦНС на неблагоприятные воздействия. Первой по времени реагирует на вредность *энергетическая* система, которая отвечает на патологические воздействия различными астеническими состояниями: быстрой истощаемостью, повышенной чувствительностью к интенсивности внешних воздействий.

В когнитивной сфере астенические явления проявляются в виде нарушения работоспособности, снижения объема внимания и памяти, быстрой утомляемости.

В аффективной сфере при энергетической недостаточности возникают эмоциональная лабильность, повышенная возбудимость, быстрая пресыщаемость любыми видами деятельности, а также симптомы повышенной тревожности, страхи, весь комплекс невротических расстройств.

В случае большей грубости повреждения отмечаются немотивированные колебания настроения с агрессивностью, злобностью, конфликтностью, расстройством влечений (психопатоподобный синдром). По мере нарастания патологических явлений

все большую роль наряду с аффективными расстройствами начинают играть нарушения когнитивных функций (гнозиса, пракси-са, внимания, памяти и речи).

Патологическая симптоматика первых двух уровней реагирования указывает на преимущественную заинтересованность в патологическом процессе подкорковых и базальных лобных систем.

В случае дисфункций на корковом уровне страдают когнитивные функции — гнозис, праксис и речь, а в более тяжелых случаях — и регуляторные процессы, за которые ответственны лобные области коры.

Церебрально-органическая недостаточность и определяет структуру задержки психического развития в виде явлений незрелости познавательных и эмоционально-волевых процессов. В эмоциональной сфере наблюдаются явления эмоциональной незрелости в виде так называемого органического инфантилизма. В отличие от психики ребенка более младшего возраста или проявлений конституционального инфантилизма при органическом инфантилизме эмоции характеризуются отсутствием живости и яркости, определенной примитивностью. При явном преобладании игровых интересов над учебными и в самой игре выступают однообразие, отсутствие творчества и слабость воображения.

Особенности клинико-психологической картины органического инфантилизма в значительной мере связаны с преобладающим фоном настроения. У детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, внешне имитирующие детскую жизнерадостность и непосредственность. Характерна неспособность к волевому усилию и систематической деятельности. На уроках эти дети непоседливы, не подчиняются требованиям дисциплины, в ответ на замечания легко дают обещание исправиться, но тут же об этом забывают. В беседе открыто и легко высказывают отрицательное отношение к учебе, не смущаясь, говорят, что учиться неинтересно и трудно, что они хотели бы гулять или играть.

Для детей другой группы — с преобладанием пониженного настроения — характерна склонность к робости, боязливости, страхам. Этот эмоциональный фон, а также всегда сопутствующие церебральные расстройства препятствуют формированию активности, инициативы, самостоятельности. И у этих детей преобладают игровые интересы. Они с трудом привыкают к школе и детскому коллективу, однако на уроках ведут себя более правильно. Нередко они тяжело переживают свою школьную несостоятельность. Возникающие невротические образования еще более тормозят развитие их самостоятельности, активности и личности в целом [Белопольская Н.Л., Лебединский В. В., 1976]. Благодаря дисциплинированности и адекватным реакциям этих детей на успех у педагогов иногда формируется оптимистический взгляд

на возможности их обучения. Однако этот прогноз в дальнейшем не получает подкрепления. В то же время отсутствие своевременной специальной помощи ведет к более тяжелой педагогической запущенности, чем у детей первой группы.

Таковы основные проявления церебрально-органического инфантилизма.

Кроме описанной эмоционально-волевой незрелости в формировании задержки психического развития органического генеза значительную роль играют другие факторы, препятствующие формированию познавательной деятельности.

Клиницисты [Сухарева Г. Е., 1959; Лебединская К. С., 1980 и др.] подчеркивают иную иерархию структуры нарушений познавательной деятельности, чем при олигофрении: наибольшую недостаточность не мышления как такового (способности к отвлечению и обобщению), а дефицитарность «предпосылок» мышления [Jaspers K., 1963]: памяти, внимания, пространственного гнозиса, темпа, переключаемое™ психических процессов и т.д.

Исследование детей с явлениями нарушения развития церебрально-органического генеза тестом Векслера выявило неоднородность показателей в отдельных группах [Марковская И.Ф. и др., 1977; и др.]. У детей первой группы суммарные данные (общий, вербальные и невербальные показатели) распределялись в пределах возрастной нормы. Однако, несмотря на благополучные средние показатели, выявлялись низкие результаты по отдельным вербальным субтестам. Так, например, по субтесту «словарь» в половине случаев результаты располагались в зоне умственной отсталости. В то же время по невербальным субтестам результаты, как правило, находились в пределах низкой нормы.

У детей второй группы основные показатели находились в промежуточной зоне — между умственной отсталостью и нормой. Низкие показатели были получены не только по вербальным, как в первой группе, но и невербальным субтестам. Более выраженная тяжесть дефекта снижала компенсаторные возможности этих детей. Если у детей первой группы при низких вербальных показателях общий интеллектуальный показатель достигал уровня нормы за счет показателей по невербальным субтестам, то у детей второй группы в связи с невысокими показателями и по невербальным субтестам общий интеллектуальный показатель находился в промежуточной зоне между нормой и умственной отсталостью.

Для выявления общих психологических механизмов, лежащих в основе недостаточности познавательной деятельности при этой аномалии развития, наиболее адекватным является нейропсихологическое исследование высших корковых функций по методу А. Р.Лурия. Однако в детской психиатрической клинике нейропсихологическое исследование имеет свои особенности. В подав-

ляющем большинстве случаев в его задачу не входит выявление определенного очага поражения, как это имеет место в практике нейропсихологических исследований при локальных поражениях головного мозга.

У детей при органическом поражении ЦНС значительно чаще наблюдается многомерная картина церебральной недостаточности, связанная с незрелостью, несформированностью и поэтому большей уязвимостью различных систем, в том числе сосудистой и ликворной.

Эти особенности патогенеза определяют более диффузный характер нарушений психических функций, не укладывающийся в топические рамки известных нейропсихологических синдромов. В этих условиях перед нейропсихологическим исследованием стоит более ограниченная задача — оценка функционального состояния отдельных психических функций [Лебединский В. В., 1985].

Эти данные существенны для клинициста при оценке тяжести и распространенности поражения психических функций.

Для психолога и педагога выявление дефицитности базального звена тех или иных психических функций позволит понять причину трудностей в освоении школьных навыков, определить возможности и направление коррекции, а также прогноз развития.

Нейропсихологическое исследование детей первой группы обнаружило преимущественно динамический характер нарушений корковых функций, обусловленность их дефицитности низким психическим тонусом, повышенной истошаемостью, недостаточностью автоматизации движений и действий. Так, при исследовании тонкой моторики и проб на динамический праксис нередко трудности автоматизации движений были связаны с повышенной истошаемостью и резко усиливались при утомлении. В графических пробах, в том числе в письме, при истощении иногда возникал тремор, появлялись макро- и микрографии. Фиксация внимания на технической стороне действия часто приводила к увеличению ошибок в письме — слитному написанию отдельных слов, недописыванию элементов букв, нарушению усвоенных ранее грамматических правил. Расстройства речевого внимания, особенно на последних уроках, приводило на истощении к трудностям дифференциации слов в речевом потоке. Отмечались трудности механического запоминания. Первичных нарушений зрительного гнозиса, конструктивного праксиса, фонематического слуха не наблюдалось.

Регуляторные функции были нарушены в звене контроля. Особенно показательными были конфликтные задания, выполнение которых страдало из-за импульсивности. Однако при этом дети правильно повторяли инструкцию, верно оценивали свои ошибки. Усиление речевого контроля, включение внешних опор приводили к нормализации действий. Эти данные коррелируют с результатами исследований А. Р. Лурия (2000), В. В. Лебединского и

А. Д. Кошелевой (1974), Е. Д. Хомской (2002), показавших, что наблюдавшиеся у таких детей нейродинамические трудности снижались при усилении речевой регуляции (проговаривании в громкой речи выполняемого действия).

Нейропсихологическое исследование детей второй группы с выраженными нарушениями познавательной деятельности и энцефалопатическими явлениями обнаружило более выраженные расстройства.

Так, характер динамических нарушений у них был грубее и чаще, чем у детей первой группы: явления повышенной лабильности и истошаемости перекрывались инертностью с наличием персевераторных явлений. Наряду со стойкими динамическими трудностями наблюдалась и первичная дефицитность ряда высших корковых функций.

В пробах на зрительный гнозис возникали трудности восприятия усложненных вариантов предметных изображений, а также букв. В пробах на праксис часто наблюдались персеверации при переключении с одного действия на другое. При исследовании пространственного праксиса часто отмечались плохая ориентировка в «правом» и «левом», зеркальность в написании букв, трудности в дифференцировке сходных графем. При исследовании речевых процессов нередко обнаруживались расстройства речевой моторики и фонематического слуха, слухоречевой памяти, затруднения в построении развернутой фразы, малая речевая активность.

Нарушения регуляции проявлялись в звене не только контроля, как у детей первой группы, но и программирования в связи с большей выраженностью и грубостью нейродинамических расстройств, недостаточностью речи и других корковых функций.

Таким образом, данные нейропсихологических исследований позволили выявить определенную иерархию нарушений познавательной деятельности у детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза. В более легких случаях в ее основе лежит нейродинамическая недостаточность, связанная в первую очередь с *истошаемостью психических функций*. Однако при большей тяжести органического поражения мозга к более грубым нейродинамическим расстройствам, выражающимся в *инертности психических процессов*, присоединяется первичная дефицитность отдельных корково-подкорковых функций: праксиса, зрительного гнозиса, памяти, речевой сенсомоторики и т. д. При этом отмечается определенная *парциальность, мозаичность их нарушений*. Вероятно, поэтому одни из этих детей испытывали трудности преимущественно в овладении чтением, другие — письмом, третьи — счетом и т. д. Парциальная недостаточность корковых функций в свою очередь приводит к недоразвитию наиболее сложных психических новообразований, включая произвольную регуляцию. *Эти психологические данные подтверждают мнение, что*

иерархия нарушений психических функций при задержке психического развития церебрально-органического генеза обратна той, которая имеется при олигофрении, где первично страдает интеллект, а не его предпосылки.

Способы и массивность помощи, необходимой для преодоления имеющихся трудностей, подтверждают специфику недостаточности познавательной деятельности при задержке психического развития церебрально-органического генеза.

Так, дети первой группы нуждаются в организации внимания и контроля, актуализации мотива деятельности. Организующая помощь предусматривает усиление речевого контроля (например, введение речевого отчета, предваряющего моторное воспроизведение, организация отсроченного ответа и т.д.), включение игровой ситуации, эмоциональной стимуляции. Детям второй группы требуются более массивная помощь в коррекции их интеллектуальных трудностей, расчленение программы на отдельные смысловые звенья, уменьшение объема и темпа предлагаемого задания, отработка речевой формулы программы, а затем ее совмещение с предметным действием.

В плане как уточнения структуры интеллектуального дефекта, так и его коррекции представляют интерес данные по специальному экспериментальному обучению таких детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста решению задач на конструктивное мышление [Лебединский В. В., Кошелева А. Д., 1974].

В процессе обучения, основанного на теории поэтапного формирования умственных действий (П.Я.Гальперин), ребенок овладевал умениями членить узор кубиков Кооса на отдельные элементы с помощью специальной сетки, а затем и без нее, анализировать цветовую гамму узора, находить в каждом элементе угол и сторону, соотносить соответствующие признаки в пространстве узора. Отставание в формировании временно-пространственных представлений корригировалось отработкой на предметах и в речи таких отношений, как «верх — низ», «между», «от», «до» и др. Действие ведущей руки являлось материальной опорой для формирования представлений «справа — слева». Однако, овладев отдельными операциями, дети часто не могли использовать их в определенной последовательности. Как показало обучение, причиной этих трудностей являлось неумение детей составлять программу собственного действия.

Экспериментальное поэтапное обучение подтвердило данные психологического исследования, показывающие, что нарушения программирования были в значительной мере связаны с *недоразвитием речи*. До обучения дети, как правило, выполняли задание молча, скупое отвечали на предложение рассказать о сделанном. В тех случаях, когда удавалось построить фразу, возникали трудности при употреблении глаголов (последние часто вообще

выпадали из фразы), в использовании предлогов, союзов, в согласовании слов. Настойчивые предложения проговаривать выполняемое действие вслух вызывали волнение, отказы, слезы. В то же время разрешение выполнять задание молча приводило к многочисленным ошибкам. При этом речевая пассивность могла «прорываться» достаточной активностью, когда высказывание определялось хорошо знакомой и аффективно насыщенной ситуацией (уровень «ситуативной речи», по С.Л.Рубинштейну, 1946).

Таким образом, наблюдалась диссоциация между бытовой ситуативной и вербально-логической речью. Последняя требовала от ребенка *осознания* цели, составления программы высказывания, умения отобразить в высказывании все существенные связи предметного действия.

Н.А. Бернштейн (1990) сравнивал по структуре речь человека с математической алгеброй. Для нее характерно наличие условных знаков-символов и операторов, обозначающих отношения между ними и те действия, которые над ними надо произвести.

Это же характерно для структуры речи, содержащей номинативные символы (имена) и операторы: глаголы, служебные слова, предлоги, суффиксы, падежные окончания. Благодаря наличию операторов, прежде всего глаголов, и возникает связный текст высказывания. Как показали наблюдения за речью детей с задержкой психического развития, основные трудности у них возникают в процессе построения фразы.

Потребовалась специальная работа по развитию программирующей функции речи. Значительную роль в этом процессе сыграла пиктографическая запись, символизирующая с помощью значков и стрелок предметы и действия с ними. Эта запись содержит некоторые универсалии (дискретность, обобщенность), аналогичные тем, которые имеются в речи. Благодаря такой записи создается возможность для соотнесения обобщенных категорий языка с символически представленными предметами и действиями. Чтение пиктографической записи стимулировало речевую активность ребенка, способствовало появлению в его речи наиболее семантически сложных словарных форм — глаголов, союзов, служебных слов. Таким образом, пиктографическая запись полезна для развития не только письменной (Л. С. Выготский), но и устной речи, осознания ее лексико-грамматического состава.

Таким образом, если у олигофренов нарушение речи наблюдалось на уровне слова, то у детей с задержкой психического развития — на уровне построения фразы.

В литературе обсуждается вопрос о роли *средовых факторов* (явлений депривации) в нарушениях интеллектуального развития.

К. Бенда [Benda C, 1960] выделяет легкие формы психического недоразвития, обусловленные отрицательными культуральными влияниями. С. Кирк и В.Кирк [Kirk S., Kirk W., 1971] также считают культуральный фактор (неблагоприятные отношения с родителями и педагогом, психические травмы) ведущим в формировании легких форм психического недоразвития.

В отличие от олигофрении, возникновение которой целиком связано с биологическим фактором, в формировании задержки психического развития даже церебрально-органического генеза определенная роль принадлежит и социальному фактору в виде неблагоприятных условий воспитания.

Ребенок с «минимальной мозговой дисфункцией» нуждается в активной стимуляции психического развития. В благополучной семье задержка его психического развития нередко может быть преодолена направленной активацией его возможностей. В семьях, не уделяющих детям достаточного внимания, психическое развитие ребенка с церебральной недостаточностью еще более замедляется за счет наследия микросоциальной и педагогической запущенности; аномалия развития становится значительно более стойкой и выраженной.

Помимо неблагоприятных условий воспитания в усугублении задержки психического развития играет роль и другой психогенный фактор. Ситуация систематического неуспеха, в которую дети с задержкой психического развития попадают, поступая в массовую школу, не только отрицательно влияет на их дальнейшее интеллектуальное развитие, но и способствует аномальному формированию личности.

Как показали исследования, проведенные под нашим руководством Н.Л.Белопольской (1976), у этих детей формируется заниженный уровень притязаний, который отмечается в отношении не только к учебным предметам (что можно было бы объяснить инфантильностью их интересов), но и к любой другой деятельности, содержащей оценочные моменты.

Специальное исследование отношений успевающих детей к неуспевающим одноклассникам с задержкой психического развития позволило выявить важную роль факторов среды, способствующих формированию такого заниженного уровня притязания. Основным критерием общей оценки ученика его одноклассниками являлся фактор школьной успеваемости. Дети обычно соотносили сверстников по шкале ума в зависимости от их школьных успехов. Результаты эксперимента показали, что критерий успеваемости влияет на оценку не только интеллектуальных, личностных, но даже и физических качеств ребенка. Так, ученики, успевающие отлично, как правило, были отнесены другими не только к самым умным, старательным, но и к добрым и даже красивым. И наоборот, неуспевающие дети с задержкой развития оценивались успевающими

сверстниками не только как глупые, ленивые, но и как злые и некрасивые. Даже такой объективный и простой для оценки показатель, как рост, занижался в отношении неуспевающих.

Такая широкая иррадиация отрицательного отношения к интеллекту, личностным качествам и даже внешности детей с задержкой психического развития обуславливала их изоляцию в пределах класса. Успевающие ученики не хотели дружить с ними, сидеть за одной партой. Имелось лишь небольшое число детей, с которыми у детей с задержкой развития существовали эмоциональные контакты и симпатии, — это были тоже преимущественно неуспевающие школьники.

Неблагоприятное положение детей с задержкой психического развития в среде сверстников рождает у них ряд гиперкомпенсаторных реакций. Стремясь обеспечить себе успех, они еще прочнее фиксируются в своей деятельности на более раннем возрастном интеллектуальном уровне, в частности на игре, дающей больше шансов на успех. Таким образом, игровые интересы этих детей не только определяются незрелостью эмоциональной сферы, но и вторично закрепляются неуспехом в школьной деятельности. Все это усугубляет нарушения адаптации этих детей к школьным условиям, способствует их невротизации, а в более старшем возрасте — и нарушению поведения.

Такова роль средового фактора в формировании и усугублении задержки психического развития церебрально-органического генеза.

Описание задержки интеллектуального развития было бы неполным без специального обсуждения проблемы так называемой педагогической, а правильнее — *микросоциальной запущенности*: недостаточного уровня развития навыков, умений и знаний у ребенка с полноценной нервной системой, но длительно находящегося в условиях недостатка информации, интеллектуальной, а часто и эмоциональной депривации. В социально неблагоприятных семьях (при хроническом алкоголизме родителей, в условиях безнадзорности и т.д.) может задерживаться интеллектуальное развитие ребенка и со здоровой нервной системой.

Однако как психологическая структура этого недоразвития, так и его прогноз будут иными, чем при задержке психического развития, обусловленной болезненным фактором. «Мозаичность» знаний, представлений и понятий такого микросоциально запущенного ребенка, асинхрония в его развитии будут связаны не с парциальностью недостаточности его высших корковых функций, а с особенностью воспитания и окружения. Такой ребенок будет хорошо ориентирован в довольно сложных, но знакомых ему ситуациях, проявит в них самостоятельность, гибкость и инициативу, будет достаточно осведомлен и сообразителен в вопросах, представляющих для него интерес.

Таким образом, задержка психического развития церебрально-органического генеза имеет наибольшее значение в плане необходимости специальной психолого-педагогической коррекции.

Динамика самого феномена задержки психического развития, даже ее церебрально-органических форм, принципиально отлична от динамики олигофрении. Несмотря на замедленный темп психического развития и эпизодичность явлений регресса (появление энуреза, усиление инфантильности в поведении и т.д.), нередко возникающих под влиянием неблагоприятных факторов (инфекции, психические травмы), на наличие энцефалопатических и нейродинамических расстройств, дефицитарности отдельных корковых функций, в условиях правильного обучения эти дети постепенно преодолевают задержку общего психического развития, усваивая знания и навыки, необходимые для социальной адаптации. Этому способствует наличие ряда сохранных звеньев в структуре их психики, и прежде всего потенциально сохранных возможностей развития высших психических функций.

Следует, однако, отметить, что черты эмоциональной незрелости в виде органического инфантилизма могут сохраняться более длительно и в неблагоприятных условиях жизни тормозить психическое развитие этих детей.

Суммируя все вышеприведенные данные о задержке психического развития, следует подчеркнуть ее следующие характерные черты. Прежде всего в отличие от стойкого психического недоразвития, характеризующего олигофрению, при этом виде аномалии развития речь идет не о необратимом недоразвитии, а о замедлении темпа психического созревания. В отличие от стойкого недоразвития при олигофрении этот динамический процесс может иметь и экстрацеребральную природу и быть связанным как с общей сомато-психической конституцией, так и с первичной соматической недостаточностью.

Наибольшую практическую значимость для диагностики представляют церебрально-органические формы задержки психического развития. Имея определенную общность с олигофренией в плане этиологии, они характеризуются не только меньшей тяжестью поражения нервной системы, но и иной клинико-психологической структурой дефекта. Более позднее время поражения приводит практически к обязательному наличию повреждения систем с относительно коротким периодом развития. Поэтому в клинико-психологическую структуру задержки психического развития всегда будут включены нейродинамические и разной степени выраженности энцефалопатические расстройства.

Более позднее время поражения обуславливает и различную степень уязвимости отдельных функций к вредоносному воздействию; в связи с этим в отличие от тотального недоразвития при олигофрении здесь наблюдается мозаич-

ность нарушений, особенно демонстративная в отношении высших корковых функций. Эта мозаичность касается самого качества дефицитарности корковых функций. Одни из них могут быть негрубо повреждены, другие — функционально неустойчивы вследствие нейродинамических расстройств, третьи — незрелы.

Явления незрелости будут наиболее типичны для регуляторных систем, обладающих более длительным периодом развития. В одних случаях незрелость регуляторных систем будет определять специфическое замедление темпа эмоционального развития (органический инфантилизм), в других — более касаться регуляции интеллектуальной деятельности (целенаправленности, программирования, контроля).

Таким образом, основной координатой недоразвития будет координата «снизу вверх». В нарушениях межфункциональных связей прежде всего привлекает внимание их неустойчивость, явления регресса, возникающие при истощении. Наблюдается также специфическое нарушение речи. Если при олигофрении речь страдает на уровне отдельного слова, то у детей с задержкой психического развития — на уровне построения фразы. При этом основные трудности возникают не на уровне ситуативной, разговорной речи, а при ее использовании в интеллектуальном процессе.

Недостаточная интеллектуализация речи ведет к тому, что она не способна осуществлять регуляторные функции. В результате наблюдается длительное сохранение аффективных форм реагирования, характерных для инфантильной психики. Таким образом, инфантилизм имеет двойную природу: с одной стороны, возникает вследствие недостаточного влияния со стороны высших регуляторных систем, с другой — в результате первичной незрелости самих аффективных процессов, их нестойкости, лабильности, быстрой пресыщаемостиTM и т.д.

4.4. Поврежденное психическое развитие

Характерной моделью поврежденного психического развития является *органическая деменция*.

Этиология органической деменции связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга.

В отличие от олигофрении, которая также нередко имеет аналогичное происхождение, деменция возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2 — 3 лет. Этим хронологическим фактором в значительной мере определяется отличие патогенеза и клинико-психологической структуры деменции от