

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»

ЛОГОПСИХОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие

Витебск
Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова»
2007

УДК 159:616(075)
ББК 88.482я73
Л69

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 1 от 27.09.2007 г.

Автор-составитель: старший преподаватель кафедры коррекционной работы УО «ВГУ им. П.М. Машерова» **С.В. Лауткина**

Рецензент: заведующий кафедрой психологии УО «ВГУ им. П.М. Машерова», кандидат психологических наук, доцент С.Л. Богомаз

Логопсихология: учебно-методическое пособие / авт.-сост.
Л69 С.В. Лауткина. – Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2007. – 173 с.

ISBN 978-985-425-845-4

В учебно-методическом пособии представлены теоретические основы логопсихологии, обзор речевых нарушений, рассмотрены особенности психического развития лиц с нарушениями речи, вопросы дифференциальной диагностики. Особое внимание уделено особенностям психических процессов, состояний и свойств, которые необходимо учитывать в коррекционно-педагогической работе с логопатами. Учебное издание адресовано слушателям ИПК и ПК, обучающимся по специальности «Логопедия».

УДК 159:616(075)
ББК 88.482я73

ISBN 978-985-425-845-4

© УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2007

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛОГОПСИХОЛОГИИ	7
Глава 1. Основные вопросы логопсихологии	7
1.1. История становления и развития логопсихологии. Актуальные вопросы логопсихологии на современном этапе ...	7
1.2. Предмет, цель и задачи логопсихологии	16
1.3. Связь логопсихологии с другими науками	17
1.4. Методы логопсихологии	19
Глава 2. Обзор речевых нарушений	21
2.1. Классификация речевых расстройств первичного характера	21
2.2. Расстройства речи вторичного характера	25
2.2.1. <i>Речь при нарушениях слуха, умственной отсталости, двигательной патологии</i>	25
2.2.2. <i>Речь в состоянии эмоционального напряжения..</i>	26
2.2.3. <i>Речь при акцентуациях и психопатиях</i>	26
2.2.4. <i>Речь при неврозах</i>	27
Глава 3. Основные концепции логопсихологии	28
3.1. Понятия нормы и аномальности	28
3.2. Этиология нарушенного развития	31
3.2.1. <i>Многофакторность нарушенного развития</i>	31
3.2.2. <i>Биологические причины нарушений развития</i>	33
3.2.3. <i>Психосоциальные факторы нарушений развития ..</i>	36
3.3. Теория нормального и нарушенного развития	37
3.4. Психологические параметры дизонтогенеза. Классификации дизонтогенеза	39
3.5. Структура дефекта. Общие и специфические закономерности психического развития	42
3.6. Коррекция и компенсация отклонений в развитии	44
3.6.1. <i>Коррекция. Сущность коррекционно-развивающего обучения</i>	44
3.6.2. <i>Проблема компенсации функций</i>	47

РАЗДЕЛ 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	52
Глава 4. Особенности познавательной сферы лиц с нарушениями речи	52
4.1. Восприятие как психическая характеристика	52
4.2. Особенности восприятия при речевых нарушениях ...	53
4.2.1. <i>Зрительное восприятие</i>	53
4.2.2. <i>Слуховое восприятие</i>	57
4.2.3. <i>Осязательное (тактильное) восприятие</i>	60
4.3. Внимание как психическая характеристика	61
4.4. Особенности внимания у детей с нарушениями речи..	62
4.5. Мышление как психическая характеристика	64
4.6. Особенности мышления при речевых нарушениях	65
4.7. Воображение как психическая характеристика	69
4.8. Особенности воображения у детей с нарушениями речи...	70
4.9. Память как психическая характеристика	72
4.10. Особенности памяти при речевых нарушениях	73
Глава 5. Особенности личности и эмоционально-волевой сферы лиц с речевыми нарушениями	77
5.1. Личностные особенности человека	77
5.2. Развитие личности при нарушениях речи	78
5.3. Типы личности при речевых нарушениях	79
5.4. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы у лиц с нарушениями речи	80
5.4.1. <i>Развитие личности и эмоционально-волевой сферы у детей с нарушениями речи</i>	80
5.4.2. <i>Тревога, страхи у лиц с нарушениями речи</i>	84
5.4.3. <i>Нарушения личности у взрослых с нарушениями речи</i>	85
Глава 6. Особенности деятельности лиц с речевыми нарушениями	88
6.1. Игровая деятельность	88
6.2. Изодеятельность	90
6.3. Учебная деятельность	90
6.4. Трудовая деятельность	92
Глава 7. Социализация детей с ОПФР	94
7.1. Сущность, условия и критерии социализации	94

7.2. Семья как институт социализации. Особенности семей детей с ОПФР	95
7.3. Семейное воспитание детей с речевыми нарушениями ...	102
Глава 8. Коммуникативная сфера детей с речевыми нарушениями	106
8.1. Языковая и коммуникативная способность	106
8.2. Коммуникация на ранней стадии онтогенеза	107
8.3. Вербальная коммуникация дошкольников при речевых нарушениях	108
8.4. Вербальная коммуникация младших школьников при речевых нарушениях	112
8.5. Мотивация общения	114
Глава 9. Дифференциальная диагностика в логопсихологии	116
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ	121
КЛЮЧ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ	133
ЛИТЕРАТУРА	134
ГЛОССАРИЙ	147
ПРИЛОЖЕНИЯ	162
Приложение 1	162
Приложение 2	169
Приложение 3	171

ВВЕДЕНИЕ

Полноценная речь является необходимым условием становления и функционирования человека, формирования его личности. Нарушения речи разной этиологии и патогенеза приводят к отклонениям в познавательной и эмоционально-волевой сфере, к деформациям в развитии личности.

В настоящий момент различные речевые расстройства имеют значительное распространение во всем мире. Так, на современном этапе исследователи отмечают стремительный рост речевой патологии в силу множества пагубных биологических и социальных причин (Л.С. Волкова, 1992). Изучение сложных этиологических факторов, патогенеза, психологических особенностей логопата делают проблему совершенствования подготовки логопедов социально значимой и актуальной. В этой подготовке важное значение имеет овладение основами прикладной психологии.

Для оптимизации логопедической помощи необходимы знания о психологических особенностях лиц с нарушениями речи. Данные логопедии и логопсихологии говорят, что не существует речевых расстройств, при которых, вследствие межсистемных связей, не отмечались бы другие психологические нарушения. Вместе они образуют сложный психологический профиль отклонений в психическом развитии, в структуре которого одним из ведущих синдромов являются речевые нарушения.

Поэтому в настоящее время педагогические вузы, ИПК и ПК должны готовить многопрофильных специалистов, одновременно владеющих как основами логопедии, так и навыками психодиагностики и психокоррекции, организации специальных условий обучения и воспитания лиц с речевыми нарушениями.

Специалист в области логопедии и логопсихологии в настоящий момент *должен владеть*: умением проводить психолого-педагогическое обследование для определения хода психического развития; методами дифференциальной диагностики для определения типа нарушений; способами психологического консультирования детей и взрослых с отклонениями в речевом развитии, их родителей и педагогов по проблемам обучения, развития, профессионального самоопределения; методами психопрофилактической работы на создание благоприятного психологического климата в образовательном учреждении, семье; умениями и приемами обучения детей с нарушениями речи учебным предметам в общеобразовательных и коррекционных учреждениях; методами воспитания таких детей; методиками, позволяющими повышать психолого-педагогическую культуру педагогов и родителей.

Видами профессиональной деятельности специалиста являются: преподавательская, образовательная, воспитательная, коррекционно-развивающая, диагностико-аналитическая, культурно-просветительская, научно-методическая работа.

Учебно-методическое пособие написано на основе сведений, изложенных в специальной литературе, и результатов собственных исследований и практической работы автора – учителя-дефектолога высшей аттестационной категории, уже более 25 лет, работающего с детьми, страдающими расстройствами речи.

РАЗДЕЛ 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛОГОПСИХОЛОГИИ

ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ЛОГОПСИХОЛОГИИ

1.1. История становления и развития логопсихологии. Актуальные вопросы логопсихологии на современном этапе

В становлении логопсихологии рассматриваются следующие этапы.

1 этап. Становление логопсихологии как науки

История *логопсихологии* значительно превышает ее возраст как самостоятельной научной дисциплины и напрямую связана с историей *логopedии и специальной психологии*, так как долгое время развивалась в контексте этих наук.

Первые исследования, направленные на изучение детей с нарушениями речи, относятся к концу XIX – началу XX века. В процессе изучения речевой патологии в этот период, как в зарубежной, так и отечественной науке начинает активно разрабатываться вопрос о взаимоотношении речи и мышления в структуре речевого дефекта. Научные интересы исследователей того времени были ориентированы на изучение детей с тяжелой речевой патологией, возникающей на органической основе (позже, в 1920 году, данное нарушение было квалифицировано как «алалия»). При этом вопросы нарушения детской речи и мышления, как отмечает И.Т. Власенко (1990), рассматривались по аналогии с анализом патологии речи и мышления у больных с афазией.

Разность теоретических позиций в решении проблемы соотношения речи и мышления при речевой патологии не позволила выработать в этот период единую концепцию в решении вопроса, и мнения исследователей разделились на *три группы*. Одни из них (А. Куссмауль, 1879; П. Мари, 1906; М.В. Богданов-Березовский, 1909) ставили речевые расстройства в непосредственную зависимость от дефектов интеллектуальной сферы, считая, что именно умственное недоразвитие определяет нарушение в развитии речи. *Другие* ученые (К. Голдштейн, 1927, 1960; Х. Хэд, 1963) полагали неправомерным введение причинных зависимостей между расстройствами речи и мышления, поскольку и в том и в другом случае главной причиной является нарушение интегративной деятельности мозга. *Третья* группа исследователей (А. Пик, 1931; Ф. Лотмар, 1919; Г.Я. Трошин, 1917, 1927) считала, что расстройства мышления непосредственно обусловлены речевыми дефектами.

Несмотря на разность теоретических подходов в вопросе взаимоотношения мышления и речи в структуре речевого дефекта, научные ис-

следования до 30-х годов XX века имеют преимущественно *описательный характер*. Однако уже в этот период у некоторых исследователей (М.В. Богданов-Березовский) появляются зачатки дифференцированного подхода к анализу познавательных процессов детей в зависимости от клинической формы речевого нарушения.

В 1930-е годы под влиянием идей Л.С. Выготского в психологии и дефектологии коренным образом меняются теоретические представления о происхождении и строении высших психической функций человека. Утверждаются положения о социально обусловленной природе высших форм психической деятельности, их прижизненном формировании и опосредованном системном строении. Экспериментально доказывается, что в опосредствовании психических процессов ведущая роль принадлежит речи.

Эти теоретические положения в последующие годы легли в основу многих исследований, направленных на изучение формирования речи, мышления, восприятия, памяти и других психических процессов детей с нормальной и нарушенной речью. Так, среди фундаментальных направлений, в рамках которых получили развитие теоретические представления Л.С. Выготского, значимое место занимает **научная концепция Р.Е. Левиной**. Одно из первых исследований Р.Е. Левиной (1936) посвящено изучению закономерностей развития словесных значений у детей алаликов. Она выявила специфические особенности «автономной речи» и психологические структурно-динамические закономерности возникновения и развития словесных значений у алаликов, показав, что значение слова в «автономной речи» содержит в себе обобщенное, но еще не расчлененное, слитное восприятие целой группы предметов, связанных принадлежностью к общей ситуации.

Разработке принципа дифференцированного подхода при обучении детей с речевыми нарушениями посвящена деятельность Р.Е. Левиной в 40-х годах XX века. В 1951 году она публикует книгу «*Опыт изучения неговорящих детей (алаликов)*», где впервые представлено последовательное применение системного анализа речевой и психической недостаточности алаликов. Автор отмечает, что в структуре дефекта у них выявляются не только речевые нарушения, но и нарушение формирования высших психических функций, которые тесно связаны с речью. Рассматривая особенности психической деятельности детей, с учетом психологических критериев, Р.Е. Левина выделяет 4 типичные группы неговорящих детей:

- *дети с нарушением слухового (фонематического) восприятия;*
- *дети с нарушением зрительного (предметного) восприятия;*
- *дети с нарушением психической активности;*
- *дети с нарушением пространственных представлений.*

Патогенетический принцип, который был взят за основу выделения четырех групп детей алаликов, позволил выявить первичную недостаточность того или иного звена речевой деятельности. Использование

системного анализа привело к выделению различных по структуре первичных и вторичных дефектов у детей с алалией. Р.Е. Левина показала, что первичное доминирование недостаточности, в том или ином звене (акустическом, зрительно-пространственном мотивационном) закономерно определяет особенности не только речевых нарушений, но и характер задержки в развитии познавательной сферы.

Так, нарушение *акустического восприятия* закономерно обуславливают не только специфические нарушения импрессивной и экспрессивной речи, но и недостаточность тех форм познавательной деятельности, которые обеспечиваются участием слухоречевого восприятия (речеслуховая память, внимание, восприятие текста на слух и его понимания и др.). В то же время у них первично сохранными являются мотивация, зрительно-пространственные функции, зрительная память, конструктивная деятельность.

Основные положения и выводы исследования Р.Е. Левиной, касающиеся самого метода *системного анализа* недоразвития речевых и недостаточности познавательных процессов, и до настоящего времени имеют первостепенное дифференциально-диагностическое значение. По ее мнению, раскрытие связи между речевыми нарушениями и другими сторонами психической деятельности расширяет возможности, которые и помогают найти пути коррекции отклонений психических процессов, обуславливающих или усугубляющих речевой дефект. Наряду с непосредственным исправлением речи, открывается возможность воздействовать на те или иные особенности психики, прямо или косвенно мешающие нормальной речевой деятельности. В связи с этим автор ставит вопрос о коррекционно-воспитательной работе в логопедии и рекомендует при коррекции речевых нарушений использовать упражнения, нормализующие те или иные отклонения в области анализаторной, аналитико-синтетической, а также регуляторной деятельности.

В той же работе («Опыт изучения неговорящих детей») Р.Е. Левина обращается к проблеме мотивации, определив недостатки *мотивационной сферы* ребенка как *предпосылочные по отношению к речи*. Выделив группу детей с «первичной неполноценностью» мотивационных процессов, автор подчеркивала «сложный характер проявлений преобладающей аномалии» и относила к недостаткам мотивационной сферы расстройства *психической активности*. Описанные ею дети не обладают достаточной направленностью побуждений, необходимых для преодоления значительных трудностей, связанных с овладением речью. Нарушение мотивационных процессов выступает, по ее мнению, как «препятствие» для развития речи, в связи с чем возникает необходимость специально формировать мотивационную направленность, стимулирующую познавательную активность ребёнка.

В дальнейшем при разработке психолого-педагогической классификации речевых нарушений Р.Е. Левина пришла к выводу, что нарушения речевого поведения объединяют разнообразные формы отклонений *аффективно-волевой сферы*. В одних случаях на первый план выступает пониженная мотивация речевой деятельности, в других – нарушения регуляторных процессов, обострённая реактивность, связанная с коммуникативными затруднениями и стрессовыми ситуациями, как, например, при заикании. Также выделяются случаи, когда регуляторные и мотивационные отклонения сопутствуют недоразвитию речевых средств, а иногда и обуславливают его.

Р.Е. Левиной были пересмотрены и *классификационные представления* в логопедии. На основе психологических и психолингвистических критериев, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной), нарушения речи подразделяются на две группы:

- *нарушение средств общения (фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФНР), общее недоразвитие речи (ОНР));*
- *нарушения в применении средств общения (заикание).*

В 50–60-х годах XX века значительное место в исследованиях Р.Е. Левиной отводится теоретическому обоснованию ОНР у детей и разработке методов его преодоления. В рамках ее концепции различные нарушения устной и письменной речи объединяются по признаку нарушения всех компонентов речевой системы. Разграничивая в педагогических целях многообразие проявлений ОНР по степени выраженности дефекта, Р.Е. Левина выделяет три уровня ОНР: *1) отсутствие общеупотребительной речи; 2) зачатки общеупотребительной речи; 3) развёрнутая речь с частичным фонетическим и лексико-грамматическим недоразвитием*. Такое деление позволило обозначить признаки, по которым дети могут быть объединены для совместного коррекционного обучения.

Трудно переоценить вклад Р.Е. Левиной в разработку теории и практики логопедии и специальной психологии. До настоящего времени отечественная логопедия не имеет таких фундаментальных исследований с позиции *целостного системного подхода*, направленных на анализ потенциальных возможностей развития *высших познавательных процессов, аффективно-волевой сферы и личности детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР)*. Междисциплинарный характер ее концепции, позволяет констатировать, что именно в работах Р.Е. Левиной находятся истоки современной логопсихологии, которые еще далеко не полностью реализованы.

Благодаря работам Р.Е. Левиной, к началу 70-х годов XX века актуальность теоретических и практических разработок психологической направленности в отношении детей с речевой патологией становится очевидной, так как без глубокого знания психологических особенностей детей с нарушенной речью, без знания компенсаторных возможностей

высших психических функций невозможно создание эффективных средств обучения и воспитания детей.

Однако анализ специальной литературы этого периода показывает, что в 70-е годы данная проблема с *психолого-педагогических позиций* разрабатывается мало. Так, авторы большинства исследований специальности *медицинского профиля* (Р.А. Белова-Давид, 1969, 1972; В.В. Ковалёв, Е.И. Кириченко, 1970, 1977; И.З. Бернштейн и др.). Содержание их научных разработок направлено в основном на дальнейшее изучение вопроса о взаимосвязи речи и других психических процессов у детей с *алалией*. В работах Р.А. Беловой-Давид, В.В. Ковалёва, Е.И. Кириченко и др. утверждается точка зрения о ведущей роли интеллектуальной недостаточности в недоразвитии речи. Авторы в структуре интеллекта алаликов видят сходство с олигофренией, в связи с чем рекомендуется применять «не только логопедические приёмы, но и методы специальной педагогики для умственно отсталых» (Е.И. Кириченко, 1977).

Иную позицию в оценке соотношения недоразвития речевых и познавательных процессов у алаликов занимает М.Е. Мастюкова (1971, 1978), работы которой содержат большой ценный фактический материал по сравнительному изучению динамики речевого и интеллектуального развития детей с алалией. Признавая отличие симптомов психического недоразвития у детей с алалией и олигофренией, автор разделяет детей с моторной алалией на две группы: 1) *дети с вторичными нарушениями познавательных процессов (наиболее многочисленная группа)*; 2) *дети с первичной интеллектуальной и психической недостаточностью (немногочисленная группа)*.

В вопросе о взаимоотношениях недоразвития речевых и познавательных процессов аналогичную позицию занимает С.С. Ляпидевский (1973). Признавая самостоятельность алалии как нозологической единицы, он считал допустимым её существование внутри синдрома олигофрении.

В 80-е годы XX века проблема соотношения речи и мышления продолжает разрабатываться, однако, в большей степени в *психолингвистической плоскости* в рамках когнитивного подхода (Е.Ф. Соботович, В.А. Ковшиков, Б.М. Гриншпун, В.К. Воробьёва). Актуальны вопросы, касающиеся когнитивной базы речи и влияния интеллекта на развитие и формирование языковой способности, а также вопрос о соотношении языковых и неязыковых компонентов в структуре речемыслительной деятельности.

Необходимо отметить, что подход к изучению недостаточности психических процессов у детей с алалией становится более *дифференцированным*. Так, исследование Е.Ф. Соботович (1985) показало наличие сложной структуры речевого дефекта при алалии, которая характеризуется как тяжёлым речевым недоразвитием, так и вторичным снижением интеллекта, особенно вербально-логического мышления. У многих детей имеет место более замедленный темп развития, отмечаются черты пси-

хофизического инфантилизма: более низкий уровень обобщений, эмоциональная незрелость. Кроме того, локальное поражение коры головного мозга может вызвать избирательную недостаточность некоторых корковых функций или сторон поведения. В связи с этим Е.Ф. Собонович выделяет три фактора, обуславливающих особенности познавательной сферы у детей с алалией: 1) *вторичное недоразвитие интеллекта*; 2) *замедленный темп психического развития*; 3) *избирательная недостаточность отдельных психических процессов и форм умственной деятельности и сохранность других*.

Среди немногочисленных работ психологической направленности в тот период выделяется исследование И.Т. Власенко и В.В. Юртайкина (1981), в котором авторы выявляют диссоциацию между структурными компонентами речевой деятельности при алалии. Подчёркивается, что у одних детей имеет место несформированность целевых установок при сохранности операционных возможностей, у других – недостатки в операционном звене деятельности при наличии достаточно стойкой мотивации.

Таким образом, только к концу 80-х годов XX века начинается практическая реализация дифференцированного подхода к изучению познавательной деятельности детей с ТНР.

Период 80–90-х годов XX века является достаточно продуктивным в отношении *психологического изучения* детей с разными формами речевой патологии. Изучаются различные стороны психической деятельности, однако внимание исследователей сосредоточено в основном на изучении *познавательной сферы* детей-логопатов: Л.С. Цветкова, Т.М. Пирцхалайшвили, Е.М. Мастюкова, Н.А. Чевелёва, Г.С. Сергеева, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова, Э.Л. Фигередо, А.П. Воронова – *разные виды восприятия*; И.Т. Власенко, О.Н. Усанова, Т.Н. Синякова, Т.А. Фотекова, В.А. Ковшиков, Ю.А. Элькин – *мышление*; Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша, Е.М. Мастюкова, Э.Л. Фигередо – *память*; В.П. Глухов – *воображение*; Л.Г. Соловьёва, О.С. Павлова – *коммуникативная деятельность* и др.

Среди немногочисленных работ, посвященных исследованиям *эмоционально-волевой сферы и личностного развития* при речевых нарушениях, можно назвать работы В.М. Шкловского, В.И. Селиверстова, Л.А. Зайцевой, Г.А. Волковой, О.С. Орловой и др. Причём данные аспекты изучаются, в основном, у заикающихся.

Следует заметить, что до середины 90-х годов XX века психологические исследования в области изучения детей логопатов выполнялись в основном в контексте логопедической науки, предваряя необходимость выделения самостоятельного интегративного направления специальной психологии и логопедии в отдельную отрасль.

2 этап. Современное состояние и пути развития логопсихологии

С введением в учебные планы педагогических вузов нового учебного курса «Логопсихология», данная дисциплина начинает развиваться как са-

мостоятельное научное направление. Введение новой дисциплины вызвало необходимость определить не только содержание курса, его методологические и теоретические основы, но и само понятие «*логопсихология*».

Все авторы определяют *логопсихологию* как *отрасль специальной психологии* («материнской» науки), однако, одни ограничиваются только рамками изучения *психики лиц с нарушениями речи первичного характера* (В.И. Селиверстов, Л.А. Зайцева, Л.В. Кузнецова), другие расширяют границы исследования психики *изучением методов и приёмов психологической помощи логопатам*, подчёркивая прикладную значимость логопсихологии (Т.Н. Волковская, В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова, О.В. Трошин). Причем, следует отметить, что В.И. Лубовский (2007) особо подчеркивает, что *логопсихология* изучает не *психологию речи* (вполне сформировавшуюся и имеющую достаточную обеспеченность экспериментальными данными научное направление), не *психологию лиц с распадом уже сформировавшейся, нормально развивающейся в прошлом речи* (этим занимается афазиология), а *психическое развитие лиц с недостатками речи, обусловленное органической или функциональной недостаточностью речевых зон коры головного мозга или анатомическими и функциональными дефектами периферических отделов речедвигательного аппарата, врожденными или приобретенными в раннем (до 3-х лет) возрасте*.

Дискуссионным является вопрос о точности самого термина «*логопсихология*» по отношению к изучаемому феномену. Ряд авторов (Г.А. Волкова, В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова) считают, что термин «*логопатопсихология*» был бы феноменологически более точным. А, по мнению В.И. Лубовского, лучше было бы использовать более развернутую формулировку «*психология лиц с первичным речевым дефектом*».

В середине 90-х годов логопсихология стала развиваться в направлении двух подходов: *психолингвистического* и *функционального*. Выбор первого *психолингвистического* подхода обусловлен созвучностью названия дисциплин «психология речи»—«логопсихология». В рамках такого подхода выполнена программа, рекомендованная Министерством образования России (автор Г.С. Гуменная, 2000), в которой отражено изучение психологических механизмов речи.

Второй, *функциональный* подход, стал разрабатываться на основе уже существующих моделей специально-психологических дисциплин — олигофренопсихологии, сурдопсихологии, тифлопсихологии, которые стали формироваться значительно раньше логопсихологии и сейчас представляют собой системные области знаний с определённым кругом научных понятий, разработанными принципами и методами психологического изучения лиц соответствующей категории, психокоррекционными технологиями (*олигофренопсихология*: В.Г. Петрова, Ж.И. Шиф, Л.В. Занков, И.Л. Баскакова, И.М. Бгажнокова, Ю.Т. Матасов, Н.М. Стадненко; *сурдопсихология*: И.М. Соловьев, Т.В. Розанова,

Л.И. Тигранова, А. Алишкаускас, Т.Г. Богданова, Г.П. Бертынь, А.Г. Зикеев, О.И. Кукушкина, Н.Г. Морозова; *тифлопсихология*: Л.П. Григорьева, А.Г. Литвак, Л.И. Солнцева, В.А. Лоница, Л.С. Волкова, Ю.А. Кулагин, В.Ф. Морева, Т.А. Баилова). С позиции такого подхода выполнены и первые учебные пособия по логопсихологии (Л.В. Кузнецова, 2000; О.В. Трошин, Е.В. Жулина, 2005; В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова, 2006).

Изучение особенностей формирования *высших психических функций при речевом недоразвитии ведущего характера* является приоритетным аспектом и в научно-исследовательских работах по данному направлению во 2-ой половине 90-х годов (И.Т. Власенко, Т.Н. Волковская, О.Н. Усанова, Т.А. Фотекова). Эти исследования обогатили теоретическую базу логопсихологии, расширили дифференциально-диагностические критерии ведущего речевого нарушения от сходных по внешним проявлениям состояний, способствовали разработке ряда диагностических и психокоррекционных технологий.

Однако на современном этапе происходит смещение смыслового центра специального образования в сторону *личностного, социально-эмоционального развития*, что меняет доминанты в содержании профессиональной подготовки дефектологов (Н.Н. Малофеев, 2003). Поэтому более прогрессивным в формировании концептуальных основ логопсихологии выступает *лично-ориентированный подход*.

Развиваясь до 2000 года как теоретическая дисциплина, направленная на изучение психологических особенностей лиц с речевой патологией, в последние годы логопсихология значительно расширила круг своих задач. Так, в связи с организацией психологической службы в системе специального образования отмечается усиление прикладной составляющей этой дисциплины в русле основных направлений практической психологии: *психодиагностика, психокоррекция, консультирование*. Это нашло отражение и в содержании научных исследований после 2000 года. Ведущим направлением научного поиска становится разработка, модификация, адаптация традиционных психологических технологий как повышающих эффективность логопедической коррекции, так и способствующих преодолению негативных проявлений личностного развития у детей с нарушениями речи (Е.Н. Садовникова, 2001; Г.Х. Юсупова, 2003; С.М. Валявко, 2006 и др.).

Такая практико-ориентированная тенденция современной логопсихологии требует разработки соответствующих концептуальных подходов, отражающих как *лично-ориентированные аспекты* коррекционной работы, так и *междисциплинарное взаимодействие логопеда и психолога* в едином коррекционно-образовательном пространстве.

Базовой моделью при разработке современной концепции логопсихологии может служить *логопсихотерапевтическое направление* в системе реабилитации заикающихся, которое имеет свои научные традиции и развивается с 60-х годов XX века. Истоки данного направления находятся в

работах К.М. Дубровского и Ю.Б. Некрасовой, и которое активно развивается в настоящее время их последователями Н.Л. Карповой и Е.Ю. Рау.

Принцип *логопсиходиагностики*, разработанный Ю.Б. Некрасовой, нацеливает на изучение особенностей речи во взаимосвязи с личностно-коммуникативными нарушениями и позитивными аспектами развития логопата. Принцип опосредствования логопедических и психологических методов при преодолении нарушений речи определяет междисциплинарное взаимодействие как наиболее продуктивный подход в коррекции нарушений.

Таким образом, общие подходы к организации психокоррекционной работы с логопатами, сложившиеся в практике коррекции заикания, наиболее согласуются как с современными тенденциями специального образования и практической логопедии, что позволяет рассматривать их в качестве ориентира при разработке концепции современной логопсихологии.

До настоящего времени не определена структурная организация логопсихологии. Так, тесная взаимосвязь с логопедией делает правомерной возможность такого же подразделения *логопсихологии* – *дошкольная, школьная, логопсихология подростков и взрослых*. Каждый из этих разделов ориентирован на соответствующий контингент лиц с нарушениями речи в возрастном аспекте, характеризуется спецификой речевой патологии и особенностями личностно-коммуникативных нарушений на каждом из возрастных этапов. Эти условия являются определяющими при выборе методов психологической помощи лицам данной категории.

Также, по мнению Т.Н. Волковской (2007), назрела необходимость разработки *психологической классификации* лиц с нарушениями речи с позиции *оказания им психологической помощи*. Наличие такой типологии позволит разрабатывать психологические технологии наиболее адекватные особенностям логопата. Имеющиеся учебные пособия по логопсихологии ориентируются на логопедические и психолингвистические классификации.

Так как логопсихология направлена на усиление эффективности практических задач логопедии в основу логопсихологической типологии должна быть положена психолого-педагогическая классификация Р.Е. Левиной. Психологическая составляющая данной классификации (коммуникация) позволяет выделить с позиции объекта психологической помощи две группы лиц: *1) с нарушениями средств речевой коммуникации; 2) с непосредственно коммуникативными нарушениями*, т.е. качественные особенности коммуникации могут выступить основным критерием логопсихологической типологии.

Усиление прикладного аспекта логопсихологии с учётом требований и тенденций современной логопедии, нацеливает и на решение проблемы профессионального взаимодействия логопеда и психолога в процессе коррекционной работы.

По мнению В.И. Лубовского (2007), в будущем логопсихологам предстоит решить целый ряд *проблем*:

1. Провести отграничение логопсихологии от нейропсихологии, точнее от афазиологии. Афазиология имеет совершенно другой объект изучения, исследуя случаи расстройства (распад) нормально развившейся, уже сформировавшейся речевой функции.

2. В случаях сложных дефектов должна проводиться их квалификация и установление «веса» каждого первичного дефекта, входящего в сложный дефект, т.е. определение основного дефекта.

3. Установление границ дефекта(-ов) и типа дизонтогенеза(-ов). Имеются в виду «качественные» границы. В количественном отношении они могут быть «мягкими», «размытыми», плавными и динамичными (при слабовыраженных дефектах). Различительная граница в дифференциальной диагностике – качественный предел, качественный сдвиг, отражаемый определёнными количественными показателями (идеальный пример – граница между слабовидением и слепотой).

4. Исследование проблемы межсенсорных связей: при разных дефектах они формируются и осуществляются по-разному.

Таким образом, перед новой ветвью специальной психологии стоят грандиозные научные задачи. Дальнейшее развитие логопсихологии будет определяться как общей тенденцией дефектологической и психологической науки, так и потребностями логопедической практики.

1.2. Предмет, цель и задачи логопсихологии

Логопсихология – часть специальной психологии, которая изучает:

- причины, механизмы, симптоматику, течение, структуру психических нарушений у лиц с речевой патологией;
- механизмы их психической адаптации;
- систему психологической помощи этим лицам.

Логопсихология возникла как практическая прикладная дисциплина в связи с необходимостью оказания психологической помощи лицам, имеющим нарушения речи. Примерно до 80-х гг. XX в. в психологической литературе имелись только упоминания психологических проблем лиц с алалией и афазией, затем появляются работы, посвященные отдельным вопросам психологической диагностики и коррекции (Л.С. Цветкова, Ж.М. Глозман, В. Виноградова и др.).

Предмет логопсихологии – психические особенности лиц с нарушениями речи и методы психологической помощи (коррекции и терапии). **Цель** логопсихологии – оказание психологической помощи лицам с нарушениями речи.

Задачами логопсихологии являются:

- изучение механизмов взаимодействия психических и речевых процессов;
- оценка психики лиц с нарушениями речи с позиций целостного

подхода в качестве основы для оптимальной диагностической и коррекционной практики;

- изучение психологических особенностей лиц с нарушениями речи;
- разработка методов дифференциальной диагностики, позволяющих выделить первичное речевое недоразвитие среди сходных по внешним проявлениям состояний;
- совершенствование методов психологической профилактики и коррекции психики лиц с нарушениями речи.

1.3. Связь логопсихологии с другими науками

Логопсихология находится на пути выработки своих теоретических основ, преимущественно заимствуя их у других, наиболее близких дисциплин – прежде всего психологии и лингвистики, в частности, общего языкознания, психолингвистики, патопсихологии, общей психологии, медицинской психологии, психологии специальной, возрастной, педагогической, нейропсихологии, логопедии и др.

Связь с *логопедией* носит взаимодополняющий характер, т.к. знания о психологии лиц с речевыми нарушениями уточняют и углубляют исследования симптоматики расстройств, соотношения речи и психических процессов в структуре речевого дефекта. В свою очередь, знания о расстройствах речи позволяют уточнять конкретное значение речи для различных психических функций. По отношению к логопедии логопсихология является вспомогательной дисциплиной, направленной на то, чтобы оптимизировать психологическими средствами логокоррекционный процесс.

Логопсихология имеет важное прикладное значение для *логопедии*. *Во-первых*, она определяет место речи как ключевой высшей психической функции в системе других психических функций. *Во-вторых*, она предоставляет современные средства диагностики, позволяющие определить структуру дефекта, а также возможности компенсации с учетом сохранных психических функций. *В-третьих*, логопсихология способствует установлению характера адаптивных психических реакций субъекта на речевой дефект. *В-четвертых*, она предлагает дифференцированные методы помощи для решения различных задач: выработки или компенсации недостающих психических функций, установления оптимального контакта с субъектом с речевой патологией, формирования мотивации на исправление дефекта речи.

Логопсихология тесно связана с *психологией*. У психологии логопсихология заимствовала теоретические представления, прежде всего в виде теорий личности, позволяющих представить психику как систему иерархически организованных элементов, состав и система отношений которых и обуславливают специфику их различий. Также у психологии и логопсихологии единые методы исследования психических явлений.

Необходимость обеспечения индивидуального подхода требует знаний *дифференциальной психологии*. Существенное значение для логопсихологии имеет *возрастная психология*, т.к. диагностика и коррекция должны строиться с учетом закономерностей психического развития. Необходимо учитывать не только возрастные нормы тех или иных психических характеристик, но и закономерности их взаимодействия на разных этапах развития. Существенное значение имеет понимание возрастных кризисов не только с точки зрения возможности их преодоления, но и как своеобразных универсальных сензитивных периодов, создающих благоприятные условия для психокоррекционного воздействия.

Педагогическая психология ориентирует на создание предпосылок для наилучшего усвоения навыков нормативной речи. Современная педагогика все шире применяет психологические знания для оптимизации процесса обучения, учитывает индивидуальные особенности ребенка.

Знания в области *специальной психологии* (тифло-, сурдо- и олигофренопсихологии) необходимы для осуществления дифференциальной диагностики и при проведении коррекционной работы с учетом собственно речевых расстройств.

Медицинская и патопсихология способствуют пониманию речевых нарушений, отягощенных психосоматическими нарушениями и психопатологией.

Психофизиология помогает выяснить, с помощью каких физиологических процессов реализуются психические явления. Основным понятием психофизиологии является функциональная система, т.е. такая активность различных отделов мозга, которая определяет отражение (в том числе опережающее) действительности. Именно системный характер психофизиологии обеспечивает прогноз изменений изучаемого объекта – психики, в том числе речи, с учетом сохранности или повреждения составляющих ее элементов.

Нейропсихология помогает уяснить связь нарушенных функций с определенными структурами головного мозга. В настоящее время активно разрабатываются методы нейропсихологической диагностики для разных возрастных категорий, позволяющие оказывать наиболее эффективную помощь лицам с разными речевыми нарушениями.

Логопсихология тесно связана с *лингвистическими науками*, которые исследуют сущность, функции, структуры языка. Знание норм и законов языка, а также последовательности их усвоения ребенком необходимо психологу для понимания того, как те или иные отклонения от этих норм будут сказываться на психологических особенностях ребенка. При этом следует помнить, что в своем становлении речь опирается на психические функции, нарушение которых может стать одной из причин ее отклонений от нормы.

Социальный генезис речи делает обязательным для логопеда знание *социальной психологии*. Именно в общественных отношениях фор-

мируется и развивается личность человека, понимание взаимозависимости и взаимосвязи личности и речи необходимо логопеду.

С *психолингвистикой* логопсихологию связывает изучение процессов порождения и восприятия речи, множественность интерпретаций текста, использование паралингвистических средств общения – мимики и жестов и др. Так, при изучении алалии психолингвистический подход позволяет глубже вскрыть механизм речевого нарушения, уточнить структуру дефекта с учетом его психологических составляющих; при анализе афазии – оценить состояние операций восприятия и порождения речевого высказывания.

Физиология высшей нервной деятельности позволяет строить логопедическую помощь, основываясь на понимании динамики основных нервных процессов, возбуждения и торможения в коре головного мозга при том или ином нарушении речи.

С *психоневрологией* логопсихологию связывает теория, согласно которой речевое нарушение включено в структуру сложного нейропсихического расстройства. Необходимо знать неврологические основы речевых расстройств, ориентироваться в вопросах детской психопатологии, иметь представление о наиболее частых формах детских психических расстройств, которые проявляются в поведенческих, эмоциональных нарушениях и задержке психического развития (ЗПР).

1.4. Методы логопсихологии

Метод – это путь научного исследования или способ познания какой-либо реальности, состоящий из совокупности приемов или операций, осуществляемых исследователем при изучении какого-либо объекта. Так, методы логопсихологии подразделяются на *две* большие *группы* – *психодиагностика и психологическая помощь* (коррекция и терапия). Владение методами диагностики в значительной мере определяет квалификацию специалиста. Правильное распознавание имеющегося дефекта, понимание его структуры и динамики позволяют оказать наиболее качественную помощь человеку с нарушениями речи.

Психологическая диагностика лиц с речевыми нарушениями выявляет отклонения психических характеристик от нормы, оценивает переживания человека по поводу своего дефекта, наличие у него искажений восприятия своего состояния, дезадаптивных программ поведения и планирования.

Методы психологической диагностики могут быть описаны с помощью различных классификаций, каждая из которых полезна при решении конкретных задач. Так, методы могут быть расположены по степени возрастания строгости – от наблюдения до экспериментальных методов.

Наблюдение – наиболее распространенный метод, с помощью которого изучают психологические явления в различных условиях без

вмешательства в их течение. Наблюдение бывает житейским и научным, включенным и невключенным. *Житейское* наблюдение ограничивается регистрацией фактов, носит случайный, неорганизованный характер. *Научное* – является организованным, предполагает четкий план, фиксацию результатов в специальном дневнике. *Включенное* – предусматривает участие исследователя в деятельности, которую он изучает; в *невключенном* этого не требуется.

Эксперимент – метод, предполагающий активное вмешательство исследователя в деятельность испытуемого с целью создания наилучших условий для изучения конкретных психологических явлений, выявления причинно-следственных отношений между ними. Эксперимент может быть *лабораторным*, когда он протекает в специально организованных условиях, а действия испытуемого определяются инструкцией; *естественным*, когда изучение осуществляется в естественных условиях; *констатирующим*, когда изучаются лишь необходимые психологические явления; *формирующим*, в процессе которого развиваются определенные качества испытуемых.

Анализ результатов деятельности – метод опосредованного изучения психологических явлений по практическим результатам и предметам труда, в которых воплощаются творческие силы и способности людей.

Опрос – метод, предполагающий ответы испытуемых на конкретные вопросы исследователя. Он бывает *письменным* (*анкетирование*), когда вопросы задаются на бумаге; *устным*, когда вопросы ставятся устно; и в форме *интервью*, во время которого устанавливается личный контакт с испытуемым.

Тестирование – метод, во время применения которого испытуемые выполняют определенные действия по заданию исследователя.

Для обозначения **психологической помощи** применяют два термина – **психокоррекция** и **психотерапия**. Так, под **психотерапией** (от греч. *psyche* – душа и *therapeia* – уход, лечение) понимается целенаправленное воздействие различными средствами нелекарственного характера на психику человека с целью нормализации его психического или физического состояния.

Психокоррекция – совокупность психологических приемов, используемых для исправления (коррекции) недостатков психики или поведения психически здорового человека, которые в наибольшей степени применимы к детям в период, когда личность еще находится в процессе становления, или в качестве симптоматической помощи взрослым больным. Коррекция обращена к недостаткам, которые не имеют органической основы, такие, как нарушение внимания, памяти, мышления, эмоций.

Методы психологической помощи, применяемые в логопсихологии, – *поведенческий, когнитивистский, психоанализ, гештальт- и телесно-ориентированный, психодрама, психосинтез, трансперсональный* и др.

Следует помнить, что подбор методов помощи всегда носит строго индивидуальный характер, но при этом можно отметить некоторые общие закономерности. Так, в дошкольном возрасте наиболее адекватны *симптоматическая* (коррекция памяти, внимания, эмоций и т.д.) и *семейная психотерапия*, в более старшем, по мере формирования личности, различные варианты *патогенетической терапии*. Для многих речевых нарушений оказываются необходимы те или иные формы *коммуникативного тренинга* с учетом специфики расстройства. Например, при экспрессивной алалии важна опора на невербальные средства коммуникации с постепенным расширением ее речевой составляющей. Для заикающегося необходим тренинг уверенности в себе, осознание своего равенства с партнером по общению. При ринолалии на первый план выходит изменение самооценки, принятие себя.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте основные этапы становления логопсихологии как научной дисциплины.
2. Расскажите о вкладе Р.Е. Левиной в становление и развитие логопсихологии как науки.
3. Какие вопросы логопсихологии являются актуальными на современном этапе?
4. Какие вопросы являются спорными на современном этапе?
5. Дайте определение логопсихологии.
6. Охарактеризуйте предмет и задачи логопсихологии.
7. На какие знания смежных наук опирается логопсихология?
8. Какие методы использует логопсихология?

Литература: 17, 21, 22, 23, 60, 61, 62, 80, 85, 86, 90, 102, 111, 112, 152, 154.

ГЛАВА 2. ОБЗОР РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

2.1. Классификация речевых расстройств первичного характера

Соотношение нозологического (клинико-педагогического) и симптомологического (психолого-педагогического) подхода выразилось в настоящее время в *двух основных классификациях речевых расстройств – психолого-педагогической* (М.Е. Хватцев, Ф.А. Рау, О.В. Правдина, С.С. Ляпидевский, Б.В. Гриншпун) и *клинико-педагогической* (Р.Е. Левина), которые рассматривают речевые расстройства в различных аспектах. Обе клас-

сификации, дополняя друг друга, позволяют комплектовать группы детей с речевой патологией и обеспечивают системное дифференцированное воздействие с учетом симптоматики и механизмов нарушений речи.

Психолого-педагогическая классификация создавалась с учетом практических потребностей работы логопеда. В этой классификации характеристики расстройств речи сгруппированы от частного к общему. Она ориентирована на выявление речевой симптоматики (симптомологический уровень) на основе психолого-лингвистических критериев. Симптоматический уровень анализа речевых нарушений позволяет описать внешние проявления недоразвития речи, выявить нарушенные компоненты речи (общее недоразвитие, фонетико-фонематическое недоразвитие и т.д.).

Эта классификация учитывает, какие компоненты речи нарушены и в какой степени. Выделяют следующие группы речевых нарушений:

1) *фонетическое нарушение речи* (ФНР) – нарушение произношения отдельных звуков;

2) *фонетико-фонематическое нарушение речи* (ФФНР), наряду с нарушением фонетической стороны имеется и недоразвитие фонематических процессов;

3) *общее недоразвитие речи* (ОНР I, II, III уровней), нарушены все компоненты языковой системы (лексика, грамматика, фонетика и фонематика).

Клинико-педагогическая классификация строго не соотнесена с клиническими синдромами и ориентирована на нарушения, которые подлежат логопедической коррекции. При этом выделяют следующие расстройства: *дислалия, нарушения голоса, ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия, дисграфия и дислексия.*

Патологические нарушения речи в зависимости от локализации подразделяются на *центральные* и *периферические*, а в зависимости от характера нарушения – на *органические* и *функциональные*.

1. Нарушения речи периферического характера

Дислалия (от греч. *dis* – приставка, означающая расстройство, и *lalia* – речь) – расстройство речи, проявляющееся в нарушении произношения звуков. Различают *механическую дислалию*, связанную с анатомическими дефектами артикуляторного аппарата, и *функциональную*, обусловленную нарушениями функции артикулирования при сохранном строении органов артикуляции. Причины дислалии лежат в неблагоприятных условиях развития речи или в нарушении фонематического восприятия.

Дисфония (или афония) – расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Отсутствует звучный голос при сохранении шепотной речи.

Ринофония – нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи.

Ринолалия – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата в

виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба. Может быть *открытой*, когда воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа, и *закрытой*, которая проявляется в нарушениях нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях, хронических процессах в носоглотке.

2. Нарушения речи центрального характера

Дизартрия (от греч. *dis* – приставка, означающая расстройство, *arthron* – сочленение) – нарушение звуковой системы языка (звукопроизношение, просодика, голос), обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Для дизартрии характерна ограниченная подвижность органов речи – мягкого нёба, языка, губ, вследствие чего артикулирование звуков оказывается затрудненным. Дизартрия нередко приводит к отклонениям в овладении звуковым составом слова и к нарушениям чтения и письма, а иногда и к ОНР (неполноценность словаря, грамматики).

Алалия (от греч. *a* – отрицат. частица и *lalia* – говорю) – отсутствие или недоразвитие речи при нормальном слухе и достаточном уровне интеллекта. Обусловлена повреждениями речевых зон коры головного мозга во время родов, заболеваниями или травмами мозга в доречевой период жизни. Различают *моторную алалию*, когда ребенок вообще не может говорить, хотя понимание обращенной к нему речи не нарушено, и *сенсорную алалию*, когда нет понимания обращенной к нему речи при своевременно появившейся речевой активности.

Афазия (от греч. *a* – отрицат. частица и *phasis* – высказывание) – системные нарушения речи, вызванные локальными поражениями коры левого полушария (у правшей). Эти нарушения могут затрагивать фонематическую, морфологическую и синтаксическую структуры активной и пассивной речи.

По классификации А.Р. Лурия, основанной на концепции динамической локализации высших психических функций, выделяется *семь форм*. При поражении задней трети височной извилины левого полушария (у правшей) возникает *сенсорная афазия*, впервые описанная К. Вернике в 1874 г. В ее основе лежит нарушение фонематического восприятия, различение звукового состава слов. При поражении средних отделов левой височной области (у правшей) возникает *акустико-мнестическая афазия*, в основе которой лежит нарушение слухоречевой памяти. При поражении задненижних отделов височной области левого полушария (у правшей) возникает *оптико-мнестическая афазия*, в основе которой, – нарушение зрительной памяти, слабость зрительных образов слов. При поражении зоны третичной коры теменно-височно-затылочных отделов левого полушария (у правшей) возникает *семантическая афазия*, впервые описанная Г. Хэдом в 1926 г., в основе которой, – дефекты симультанного анализа и синтеза. При поражении нижних отде-

лов постцентральной коры левого полушария (у правшей) возникает *афферентная моторная афазия*, впервые описанная О. Липманом в 1913 г. В ее основе – нарушение кинестезической афферентации, идущей при произнесении слов. При поражении средне- и заднелобных отделов коры левого полушария мозга (у правшей) возникает *динамическая афазия*, впервые описанная К. Кляйстом в 1934 г., в основе которой, – нарушения сукцессивной организации речевого высказывания, дефекты внутренней речи, связанные с планированием речи.

Дислексия (от греч *dis* – приставка, означающая расстройство, и *lego* – читаю) – нарушение чтения, связанное с поражением или недоразвитием некоторых участков коры головного мозга, выражается в замедленном, часто угадывающем характере чтения. Нередко дислексия сопровождается фонетическими искажениями и неправильным пониманием простейшего текста. Тяжелая степень нарушения представляет собой *алексию* – отсутствие возможности чтения.

Дисграфия (от греч. *dis* – приставка, означающая расстройство, *grapho* – пишу) – нарушение письма, при котором наблюдается характерная замена букв, напоминающая «косноязычие в письме», пропуски и перестановки букв и слогов, а также слияние слов. Письмо может нарушаться при поражении почти любого участка коры левого полушария мозга – заднелобных, нижнетеменных, височных и затылочных отделов.

Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи (в английской терминологии *disfluens* – нарушение плавности), обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Заикание имеет две формы: *невротическую* и *неврозоподобную*. Первая развивается по механизмам невроза речи и встречается чаще второй. Вторая – сопряжена с органическим поражением мозга.

К самостоятельным расстройствам относят *нарушения темпа* речи – брадилалию и тахилалию. Так, *брадилалия* – патологическое замедление темпа речи. Проявляется в замедленной реализации артикуляционной речевой программы и имеет в своей основе усиление тормозного процесса. *Тахилалия* – патологическое ускорение темпа речи. Проявляется в ускоренной ритмизации артикуляционной речевой программы и связана с преобладанием у человека процесса возбуждения.

В структуре любого речевого расстройства в той или иной пропорции сочетаются речевая симптоматика (фонетические, грамматические, лексические, фонематические, просодические нарушения) и неречевая симптоматика (нарушения моторики, познавательных, эмоционально-волевых процессов, типичные способы реагирования и личностные особенности в условиях дефекта). Задача логопсихологии выявить специфические психологические реакции, характерные для данного дефекта, и отграничить их от подобных проявлений, но обусловленных возрастными, физиологическими или индивидуальными особенностями.

2.2. Расстройства речи вторичного характера

Существующие *нарушения речи вторичного характера* весьма разнообразны и не ограничиваются перечисленными. Знания этой категории нарушений необходимы логопеду для проведения дифференциальной диагностики. Они позволяют уточнять специфику нарушений речи, подлежащих логопедии, по сравнению с другими категориями, в том числе, носящими временный, обратимый характер.

2.2.1. Речь при нарушениях слуха, умственной отсталости (интеллектуальной недостаточности), двигательной патологии

Вторичные речевые недостатки наблюдаются при *грубых нарушениях слуха*. *Слуховой контроль* более гибок, более точен, он санкционирует и контролирует конечный суммарный результат звукопроизводства, относительно независимо от вариативности двигательных и анатомических комбинаций компонентов, которые могут быть очень разнообразными. Этим он отличается от *кинестетического*, который отражает промежуточный результат, и точен по отношению к отдельным компонентам процесса звукопроизводства, но не может отражать целое, конечный результат (звук). Т.е. кинестетический контроль частичен и недостаточно точен, ещё менее точен *зрительный контроль*. Так называемое «чтение с губ» или «с лица» в лучших случаях даёт около 60% разборчивости (В.И. Бельтюков, 1977). Именно поэтому при отсутствии (или при грубых недостатках) слуха спонтанное развитие устной речи вообще невозможно без специальных средств и специального обучения.

При *тяжёлой и глубокой степенях умственной отсталости* грубые недостатки аналитико-синтетической деятельности коры препятствуют (затрудняют) формирование звуковых обобщений разного уровня: от овладения речевыми звуками, а далее словами, семантикой; грамматическими обобщениями, начиная от эмпирических грамматических обобщений, формирующихся уже в раннем детстве, до чувства языка. Можно сказать, что в этих случаях дефект выступает как на синтагматическом, так и на парадигмальном уровнях. Грубая недостаточность обнаруживается на уровне формирования внутреннего плана высказываний, т.е. осмысления. В этом случае нарушения развития речи связаны с дефектами того, что Е.Ф. Собонович (2004) очень удачно называет «общефункциональными механизмами». В тех случаях и в тех пределах, когда речь при ранних формах умственной отсталости формируется, она представляет собой систему сложившихся стереотипов, усвоенных благодаря сохранному слуху, по подражанию, и реализующихся как на уровне звуковых комплексов, так и грамматического строя.

При *глубокой двигательной патологии (ДЦП и др.)*, когда органическим поражением может быть затронута, хотя бы частично, корковая зона

речедвигательного анализатора (от руки до языка – миллиметры на корковой проекции) понимание речи может быть лучше звуковой и просодической сторон речи. Другой причиной недостатков речи (в основном семантического характера) является ограниченность восприятия окружающего мира и собственной активности вследствие двигательной недостаточности.

2.2.2. Речь в состоянии эмоционального напряжения

Эмоциональная напряженность может возникать при принятии ответственного решения или при дефиците времени. При этом меняются многие характеристики речи. Например, громкость речи как существенно повышается, так и понижается; возможен излом голоса; убыстрение либо замедление темпа речи; произношение может стать более отчетливым; почти на 50% повышается количество пауз *хезитации* (сомнения); речь может прерываться вздохами, фразы становятся отрывисты и не завершаются.

Происходят изменения в грамматике. Возрастает количество существительных и глаголов по сравнению с прилагательными и наречиями. По синтаксическому строению фраз речь сближается с телеграфным стилем; возникают семантически нерелевантные повторы и двусмысленности.

Лексика речи упрощается – используются более короткие слова, имеющие наибольшую частотность в языке. В речи появляются слова-паразиты, *неологизмы* и *парафазии* (ошибочное употребление слов), а также слова со значением семантической безысключительности («вечно», «всегда», «никогда», «никто»). Речь отличается, с одной стороны, большей резкостью в оценках, с другой – нерешительностью.

При измененных состояниях сознания (в экстремальных внешних условиях – высокогорье, алкогольное и наркотическое опьянение, гипноз) речь также характеризуется снижением разнообразия лексикона, стереотипизацией, упрощением синтаксиса, увеличением количества ошибок, размытием ее цельности, общей дестабилизацией языкового сознания.

2.2.3. Речь при акцентуациях и психопатиях

При *паранойальной психопатии* человек предпочитает писать слова с прописных букв, чаще использует пассивные конструкции для выражения своих представлений и чувств, часто говорит о себе; для синтаксиса характерно некоторое нарушение связности.

При *эпилептоидности* появляются сниженность стиля, вязкость речи, слова с уменьшительно-ласкательными суффиксами. В состоянии *депрессии* человек может полностью отказаться от общения (мутизм).

При *маниакальности* для речи характерна логоррея («словесный понос»), слишком громкая речь и пение, множество ассоциаций по созвучию, рифмующиеся слова.

Речь *истероида* может быть лжива, изобиловать пересказами чужой речи и словами, обозначающими эмоции, телодвижения и цвета.

Речь *шизофреника* абстрактна, псевдонаучна, не ориентирована на собеседника, может быть фонетически однотонна, содержать слова, произносимые собеседником (эхолалия), или бессмысленные повторения одного и того же слова (вербигерация).

2.2.4. Речь при неврозах

Речь больных неврозами отличается от речи здоровых лиц по лексико-семантическим характеристикам. При этом больные *истерией* отличаются наибольшей степенью актуализации в речи тревоги, больные *неврастенией* – агрессии, а для больных с *неврозом навязчивых состояний* эти проявления не являются типичными. При наиболее выраженном невротическом расстройстве наблюдается наибольшее употребление высказываний, отражающих соответствующее расстройство. Выявлена зависимость между степенью актуализации в речи состояний тревоги, агрессии, депрессии, а также некоторых видов коммуникаций и личностными особенностями больных.

Особое значение для проявлений в речи состояния тревоги имеет уровень личностной тревожности. Для женщин характерна большая актуализация в речи тревоги разобщения, тревоги за других людей и эмоциональной стороны коммуникаций; для мужчин типична актуализация тревоги социального неодобрения и поведенческих аспектов коммуникаций.

Больные *неврозом* отличаются более низкими показателями «связности» речи, которые зависят от темы анализируемого рассказа. Так, рассказы на нейтральные темы в наибольшей степени дифференцируют группы больных неврозами и здоровых; эмоционально-положительные и эмоционально-негативные темы выявляют группы больных с наиболее и наименее выраженной симптоматикой.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите и дайте характеристику основных классификаций нарушений речи.
2. Дайте лингвистическую характеристику недостатков разных компонентов (сторон) речи.
3. Назовите формы и дайте клиническую характеристику нарушений разных компонентов (сторон) речи.
4. Каковы особенности речи человека в состоянии эмоционального напряжения?
5. В чем проявляются нарушения речи при психических расстройствах?
6. Охарактеризуйте речевые особенности, свойственные людям, страдающими неврозами.

Литература: 86, 60, 83, 112, 120, 128, 160.

ГЛАВА 3. ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ЛОГОПСИХОЛОГИИ

3.1. Понятия нормы и аномальности

Понятие *нормы* восходит к латинскому «правило», «образец», «руководящее начало». Так, выделяют различные виды норм – статистические, физиологические, индивидуальные и др. В психологии корректное обращение к этому понятию предполагает дифференцирование норм по возрасту, полу, социальной, культурной, этнической принадлежности субъекта.

Статистическая норма. Большинство свойств, характеристик или достижений у людей тождественны. Самое большое количество случаев расположено около средней величины и уменьшается по направлению к крайним величинам и экстремальным вариантам. Но само «среднее» не тождественно «частому», оно может быть даже исключительным или реально вовсе не проявляться. Например, среднеарифметический вес исследуемой группы людей составил 74,8 кг, а реально такого веса не было ни у одного человека этой группы.

Имеются сложности и при понимании нормы как самой высокой частоты появления признака. Они возникают, например, при оценке желательных свойств человека, но наблюдаемых крайне редко. Тогда возникает парадокс: люди с желаемым качеством, с точки зрения статистической нормы, ненормальны. Так, бескорыстие, способность абсолютно адекватно оценивать свое поведение и др. встречаются довольно редко.

Если бы принцип статистической нормы применялся в полном объеме, пришлось бы считать нормальными только средних, конформных и ничем не примечательных людей, что вряд ли можно считать эталоном для здорового общества, т.е. статистическую норму следует воспринимать сдержанно и не ограничиваться в оценке свойств, качеств человека только ей одной.

Функциональная, или индивидуальная норма. Нормальным считается то, что обеспечивает человеку как субъективное удовлетворение, так и самореализацию при адекватном восприятии и принятии реальности.

Объектом анализа и оценки здесь является не «средний» человек, а индивид со своими собственными возможностями, способностями, потребностями, желаниями, опытом и др. Этот индивид нормален, если он такой, каким должен быть со своей собственной точки зрения; проявляется так, как ему это свойственно; находит удовлетворение в том, что сам считает правильным или красивым.

Идеальная норма. В идеальной норме при оценке человека на передний план выступают не количественные, а качественные показатели; соответственно – норма не среднее или наиболее часто встречающееся, а

образцовое, идеальное. Но этого достигнуть невозможно, можно только приблизиться к идеалу, поэтому такая норма – бесконечный процесс самореализации индивида.

Идеальные нормы возникали в виде обобщения положительных качеств выдающихся представителей человечества, обеспечивавших его прогрессивное развитие, и фиксировались в так называемых нормативных науках, например, педагогике, политике, праве и др. Идеалы, несмотря на кажущуюся отдаленность от реальности, играют чрезвычайно важную роль в регуляции поведения человека и жизни общества.

Социальная норма. Это общепризнанные правила, образцы поведения, стандарты деятельности, обеспечивающие упорядоченность, регулярность социального взаимодействия индивидов и групп. Социальные нормы обладают общими основными свойствами – объективностью, историчностью, универсальностью, схематичностью, безусловностью.

Наличие определенных общественно значимых стимулов деятельности (целей, идеалов, ценностей), образцов или правил «нормального» для данной группы поведения и санкций за уклонение от них составляет основы социального контроля в любом сообществе. Моральные нормы как вид социальных регулируют нравственное поведение и взаимоотношения людей, служат основанием оценки их поступков.

Групповая норма. Это специфический вид и своеобразная призма преломления социальных норм. Наличие в группе достаточно развитой, разветвленной и устойчивой системы норм позволяет ей соотнести поведение каждого ее члена с эталоном и на этом основании выбрать эффективное средство воздействия на индивидуума. Групповые нормы облегчают осуществление социального контроля активности членов группы.

Психологи и психиатры считают, что показатели психической «нормы» и «не нормы» все еще не разработаны. Применяемые в этих случаях социологические, психологические, медицинские критерии обычно имеют негативную основу, выделяющую факторы, которых в «норме» быть не должно. Наиболее удачной считают формулировку Г.К. Ушакова, которая включает *первоочередные критерии нормы*:

- детерминированность психических явлений, их необходимость, причинность, упорядоченность;
- соответствующую возрасту индивида зрелость чувства постоянства места обитания (константность);
- максимальное приближение формирующихся субъективных образов отражаемым объектам действительности;
- гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней;
- адекватность реакций человека на окружающие его физические, биологические и психические влияния;
- соответствие физических и психических реакций силе и частоте

внешних раздражителей;

- удовлетворение своим местом в среде себе подобных, гармонию взаимоотношений с ними;

- умение уживаться с иными лицами и с самим собой;

- критический подход к обстоятельствам жизни;

- способность самокоррекции поведения в соответствии с нормами, типичными для разных коллективов;

- адекватность реакций на социальную среду;

- чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;

- постоянство и идентичность переживаний в однотипных обстоятельствах;

- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;

- самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для его остальных членов;

- способность планировать и осуществлять свой жизненный путь.

При анализе перечисленных параметров становится ясно, что единый образец жизни и поведения для всех людей – это скорее абстрактная схема, слабо связанная с многообразием реальной психической жизни.

Б.С. Братусь отмечал, что самым расхожим для многих психологов и психиатров остается понимание нормы как чего-то среднего, устоявшегося, не выделяющегося из массы и наиболее адаптированного к окружающей среде. Такое понимание согласуется со здравым смыслом и имеет глубокие корни в житейском сознании, прочно отождествляющем нормальное и общепринятое, однако оно упрощает представления о человеческом развитии, низводя его до уровня приспособления к расхожим «шаблонам поведения».

А. Маслоу пишет, что общепринятый подход к человеку, когда нормой считается среднестатистическое, подталкивает к выводу, что «нормальность» – лучшее, чего можно ожидать от человека, и потому должно довольствоваться ею. Однако, он склонен считать такую норму скорее болезнью, уродством, задержкой человеческого развития, «недо-человечностью».

Аномальность. Показатели, характеризующие нормальную психическую деятельность, ограничены достаточно определенными параметрами, выход за границы которых позволяет говорить о ее нарушении. При этом настроение человека, его эмоции, суждения, решения возникают не вследствие соответствующих внешних стимулов, а в результате измененной высшей нервной деятельности. У людей с дефектами слуха, зрения, интеллекта, речи, неадекватно воспринимающих и оценивающих внешние стимулы, формируется неадекватное представление об окружающем мире, а часто и неправильная адаптация к нему.

М. Совак определяет дефективность (аномальность) как *нарушение целостности человека, его связей и отношений с обществом, в том числе в сфере воспитания и образования, профессиональной деятельности.*

Таким образом, проблема «норма–аномальность» далеко выходит за пределы медицины, психологии и является одной из актуальных проблем человекознания.

3.2. Этиология нарушенного развития

Этиологией называется учение о причинах и условиях возникновения каких-либо явлений. В медицинской и специальной психологии *причина* определяется как воздействие на организм внешнего или внутреннего патогенного фактора, вызывающего болезнь или отклонения в развитии. *Условия* – это внешние и внутренние факторы, способствующие или препятствующие возникновению болезни, но сами по себе ее не вызывающие. В разных случаях один и тот же фактор может играть роль то причины, то условия нарушения.

Психомоторное развитие ребенка требует нормального развития и функционирования головного мозга. Вредные факторы, действующие в *пренатальном* (внутриутробном), *интранатальном* (время рождения и первые семь дней жизни) и *постнатальном* (в первые семь лет жизни) периодах, нарушают созревание и работу мозговых систем. Кроме того, выделяется *перинатальный* период (с 28-й недели беременности).

В картине нарушенного развития выделяются *биологические* и *социально-психологические* причины, вызывающие первичное нарушение, рассматриваются специфика их влияния и взаимодействие на разных возрастных этапах онтогенеза.

3.2.1. Многофакторность нарушенного развития

Любое отклонение в развитии и жизнедеятельности психики всегда имеет свою причину, причем одна и та же причина может приводить к совершенно разным отклонениям в здоровье или развитии. Большинство нарушений онтогенеза невозможно свести к какой-то одной, единственной причине, чаще всего имеет место *многофакторность* возникновения нарушения. Расстройства психики могут быть обусловлены различными *факторами*: *биологическими* (органическое повреждение мозга), *психическими* (нарушения познавательной деятельности), *социальными* (неблагоприятные условия воспитания), *экологическими* (нарушения и недостаточность питания на первом году жизни, плохие жилищные условия) и др.

Все эти факторы взаимно влияют друг на друга и оказываются значимыми. Так, Д. Шульте выделяет следующие типы расстройств психики и ее развития: *нарушения в организме и нервной системе; нарушения психики как сбоя программ, перерабатывающих информацию*

и регулирующих поведение; результат неблагоприятного влияния окружающей среды.

Биологические факторы. В природе человека биологическое и социальное составляют нечто единое и неделимое. Болезни человека возникают в процессе приспособления организма, т.е. природы человека к окружающей его среде, в том числе и ко всему, что им самим переустроено.

Социальные факторы. Социальные факторы воздействуют на природу человека, вызывая в нем новые, особые приспособительные реакции, как безболезненные, так и болезненные.

Патогенные факторы. Неблагоприятные факторы не всегда становятся причиной отклонений в развитии, так как сочетание разнообразных характеристик индивида опосредует их воздействие. Они становятся патогенными, провоцирующими отклонения в развитии, если сила их воздействия разрушает адаптационный барьер человека и превышает его компенсаторные возможности.

Факторы уязвимости и протективные. Понятие *уязвимости (подверженности)* относят к приобретенному в периоды пренатального и постнатального (до взрослого возраста) развития риска заболевания. Уязвимость к расстройству – специфическая выраженность индивидуальных и личностных черт, содействующих такому расстройству. Возникнет ли оно в конечном итоге – зависит от дополнительных пусковых факторов: если уязвимость низкая, требуются более существенные пусковые механизмы, если она выражена сильнее – достаточно и менее существенных факторов.

Люди, у которых, несмотря на наличие уязвимости пусковых факторов, не развивается соответствующее расстройство, характеризуются как *резистентные*. Это, например, дети, которые, несмотря на жестокое обращение, не заболевают никаким психическим расстройством. Резистентность часто рассматривается как противоположность уязвимости.

Опосредующие факторы. Они в различных комбинациях во многом определяют конечный эффект действия патогенного фактора, т.е. конкретную форму нарушенного развития. К ним относят *вредоносные воздействия, собственные свойства индивида, качество помощи*.

Характеристики вредоносных воздействий: локализация вредоносного воздействия, интенсивность (определяет выраженность нарушения), экспозиция (длительность), частота воздействия.

Собственные свойства индивида: возраст (чем он меньше, тем тяжелее возможные последствия патогенных факторов), компенсаторные возможности.

Качество помощи: конечные последствия деструктивных условий определяются тем, насколько быстро и в полном объеме будет оказана квалифицированная помощь, в том числе и психолого-педагогическая.

Определение причинной обусловленности нарушенного развития усложняется тем, что разные причинно-следственные связи разворачиваются в различных временных перспективах. Одни патогенные воздействия сразу вызывают выраженные расстройства, другие – проявляются в виде отдаленных последствий в результате воздействия опосредующих факторов. Существенно, что патогенное воздействие приводит к формированию не самого феномена нарушенного развития, а лишь его анатомо-физиологических предпосылок – относительно устойчивых нарушений ЦНС. Эти предпосылки представляют собой уже непосредственную причину последующих аномалий.

3.2.2. Биологические причины нарушений развития

Причины органического повреждения мозга и нервной системы могут быть очень разными, при этом важную роль для дальнейшего развития и жизнедеятельности играют как непосредственный причинный фактор, так и время его воздействия. По *хроногенному критерию* построена этиологическая классификация А. Гезелла (таблица 1).

Таблица 1

Этиологическая классификация дефектов и отклонений развития

Причины (по времени) действия)	Дефекты и отклонения развития
Генетические	Хромосомные аномалии. Дегенеративные заболевания. Врожденные дефекты метаболизма. Пороки развития
Пренатальные	Внешние травмы. Малый вес при рождении. Пороки развития. Инфекции матери. Облучение матери. Интоксикация. Недостаток питательных веществ у матери (до и после зачатия). Другие осложнения во время беременности. Плацентарные дефекты: дегенерация, повреждение плаценты, досрочное разделение. Сезонные и географические факторы. Социально-экономические факторы. Стресс – эмоциональный, от излишней работы и др.
Перинатальные	Гипоксия. Сдавливание и разрыв нервной ткани. Кровотечения. Желтуха, несовместимость групп крови, сепсис и др. Другие расстройства новорожденного
Постнатальные	Дегенеративные и неопластические заболевания. Инфекции. Интоксикации. Истощение. Депривация. Обедненная в социально-культурном и образовательном аспектах среда. Травма

Время воздействия имеет большее значение, чем природа болезнетворного агента. Незрелость развития мозга и слабость гематоэнцефалического барьера обуславливают повышенную восприимчивость ЦНС ребенка к различным патогенным факторам. Они не оказывают влияния на взрослого человека, но вызывают нервно-психические нарушения и аномалии развития у детей. У них встречаются такие церебральные забо-

левания и симптомы, которые у взрослых либо совсем не возникают, либо наблюдаются очень редко. Часто у детей мозг вовлекается в соматические инфекционные процессы, что также связано с недостаточностью мозговых защитных барьеров и слабостью иммунитета.

Наблюдения Ю.А. Якунина, Э.И. Ямпольской и др. свидетельствуют о том, что среди всех нервно-психических заболеваний в детском возрасте поражения нервной системы пренатального периода составляют 65–80%, из которых на перинатальное поражение приходится около трети.

По мнению Л.О. Бадаляна, В.П. Мельничук, среди причин внутриутробной патологии определенная роль принадлежит соматическим заболеваниям матери. Болезни сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, крови, почек, вызывая нарушения маточно-плацентарного кровообращения, препятствуют нормальному функционированию системы мать–плацента–плод.

Эндокринные болезни матери нарушают процессы морфогенеза и становления функций многих органов, а также всего нейроэндокринного уровня регуляции.

Акушерско-гинекологические осложнения течения беременности (длительные токсикозы, первичная и вторичная недостаточность плаценты и др.) также могут привести к поражению мозга.

В зависимости от характера биологического патогенного фактора Е.М. Мастюкова выделяет *семь основных форм нарушений*. Так, при *гипоксической форме* вследствие асфиксии или клинической смерти ребенка во время рождения наступает кислородная недостаточность мозга с гибелью нервных клеток и малообратимыми изменениями ЦНС. Это может проявиться в ДЦП, нарушениях речи, интеллекта.

Дети, родившиеся в асфиксии, страдают задержками психомоторного и речевого развития, становления личности. Но, как показывают исследования, в большинстве случаев причина лежит не в самой асфиксии. Известны примеры, когда, несмотря на перенесенную асфиксию, последующее развитие ребенка может идти без осложнений, а некоторые дети (по-видимому, в зависимости от наследственных задатков) достигают высокого интеллектуального развития.

Травматическая форма наблюдается при механических травмах мозга и внутричерепных кровоизлияниях. При этом происходит локальная гибель нервных клеток с последующим замещением их рубцовой тканью или гидроцефалия с повышением внутричерепного давления и атрофией участков мозга.

Особое место занимает родовая травма, когда наряду с механическими повреждениями наблюдается нарушение мозгового кровообращения и кислородное голодание плода. Повреждение вызывает отклонения в психомоторном развитии: двигательные и речевые расстройства, нарушения памяти и внимания, умственной работоспособности, эмоциональной сферы и поведения.

Воспалительную форму вызывают нейроинфекции – менингиты и энцефалиты, вторичные воспалительные заболевания мозга, возникающие в виде осложнений при кори, ветряной оспе, гриппе, воспалении легких. В остром периоде этих заболеваний возможно развитие энцефалита, поражение вещества и оболочки головного и спинного мозга с последующими двигательными, речевыми, интеллектуальными нарушениями. Наиболее тяжелые последствия наблюдаются при внутриутробном поражении вследствие различных инфекций матери (краснуха, грипп, инфекционный гепатит и др.). В постнатальном периоде заболевание менингитом может привести к развитию гидроцефалии, глухоте, двигательным нарушениям, ЗПР. Перенесенный в раннем возрасте энцефалит бывает причиной глубоких задержек психического и моторного развития, аффективных вспышек, неустойчивого настроения.

Токсические формы чаще обусловлены внутриутробными интоксикациями. Причиной может быть прием матерью во время беременности лекарственных препаратов – антибиотиков, сульфаниламидов и др. Действие ядовитых продуктов на ЦНС вызывает задержки развития, умственную отсталость с нарушениями сенсорной сферы и др. Другая причина – алкоголизм родителей, употребление алкоголя матерью во время беременности. В результате наблюдается сложное сочетание различных отклонений: структурные изменения в ЦНС, костной системе, внутренних органах сопровождаются неврологическими, психическими и нейроэндокринными нарушениями.

Эндокринные заболевания могут стать причиной интоксикации и поражения ЦНС, изменений в костной и соматической сферах, задержек психомоторного развития. Одна из причин этого – недостаточность функций щитовидной железы. Эндокринная система вырабатывает гормоны, поступающие в кровь, лимфу, и регулирует протекание обмена веществ в организме. При нерезком понижении функции щитовидной железы возникает гипотериоз, приводящий к замедлению психического развития.

Хромосомные синдромы как причины нарушений в развитии ребенка подразделяются на две основные формы: *аберрации* (изменения числа или структуры хромосом, порождающие генный дисбаланс), *генные заболевания* (число и структура хромосом остаются неизменными, а ген, представляющий собой локус (микроучасток) хромосомы и контролирующей развитие определенного наследственного признака, под влиянием радиации, токов высокой частоты и других неблагоприятных факторов внешней среды мутирует и начинает программировать развитие измененного признака).

Наследственные заболевания и синдромы с неуточненным типом наследования вызывают изменения небольших участков хромосом, влекущие за собой множественные врожденные аномалии лица, конечностей, соматические и неврологические повреждения, интеллектуальную недостаточность с тяжелыми нарушениями речи.

3.2.3. Психосоциальные факторы нарушений развития

Среди неблагоприятных факторов называют: *психическую депривацию, расстройства привязанности, ситуации сепарации*.

Психическая депривация – психическое состояние, возникшее в результате определенных условий, когда субъекту долгое время не предоставляется возможность удовлетворения основных психосоциальных потребностей в достаточной мере. Были выделены следующие виды депривации:

- *материнская* (эмоциональная), возникающая в раннем детстве в связи с недостаточными контактами с матерью;
- *сенсорная* из-за лишения необходимой для жизнедеятельности информации;
- *социальная* из-за недостаточных контактов с окружающей средой.

Во всех случаях депривации психическое развитие ребенка не прекращается, но он испытывает состояние душевного, неосознаваемого страдания, дискомфорта: по аналогии с недоеданием, некоторые авторы определяют депривацию как психическое *голодание*.

Характерные депривационные симптомы и симптомокомплексы:

- задержка и искажения интеллектуального развития;
- эмоциональные расстройства и искажения формирования эмоций;
- волевые нарушения (от снижения активности до выраженной пассивности);
- коммуникативные нарушения;
- двигательные стереотипии и привычные действия в бодрствовании (например, сосание пальца, раскачивания, мастурбация и т.п.);
- расстройства инстинктивной сферы и функциональные соматовегетативные проявления (нарушения аппетита, сна и др.).

Расстройства привязанности. Привязанность к матери в норме формируется к 7–8 мес. Чем лучше мать обеспечивает комфортное состояние ребенка, тем легче вырабатываются у него чувства безопасности и защищенности. При расстройствах привязанности наблюдаются: нежелание вступать в контакт, поддерживать отношения с окружающими, апатичный или сниженный фон настроения, настороженность или «диффузная общительность» – желание общения почти со всеми людьми, привлечение к себе внимания.

Дж. Боулби (1951) вводит понятие «*сепарация*» – ситуация долговременной разлуки ребенка с матерью или иным лицом, занимающим ее место. И. Лангмейер и З. Матейчек включают в ситуацию сепарации и всякое прекращение специфической связи между ребенком и его социальной средой. Особенно серьезна такая ситуация для детей в первые 3–5 лет жизни. Сепарация затрагивает этическое развитие личности и формирование у ребенка нормального чувства тревоги.

Выделяют и *другие факторы*, влияющие на физическое и психо-эмоциональное развитие ребенка.

Пребывание в круглосуточных яслях, домах ребенка, детских домах, больницах или санаториях. Ребенка воспитывает постоянно сменяющаяся большая группа людей. Это приводит к постоянной тревоге, страху, беспокойству.

Изолированность семьи от ближайшего окружения. Изоляция семьи вследствие психических заболеваний, личностных отклонений родителей противодействует контактам ребенка с окружением.

Неправильное воспитание в семье. Воспитание одним родителем, отсутствие или неадекватность родительской заботы, чрезмерное давление родителей.

Неадекватное или искаженное внутрисемейное общение. Общение характеризуется недостаточной откровенностью, неспособностью родителей договориться между собой для решения семейных проблем.

Воспитание психически больным или неполноценным родителем. Появляется несколько факторов риска: генетической передачи ребенку повышенной уязвимости; влияния психического расстройства родителя на жизнь семьи; тревоги или страхи у ребенка из-за идентификации с больным родителем.

Межличностные факторы. Выделяются частные случаи: недостаток теплоты в общении между родителями и ребенком, дисгармоничные отношения между родителями, враждебность к ребенку, жестокое обращение с ним.

3.3. Теория нормального и нарушенного развития

Развитие – это изменение от простого к сложному, от низшего к высшему в результате накопления количественных изменений, приводящих к качественным преобразованиям. Физическое и психическое развитие человека совершается по общим законам. Одним из распространенных способов описания развития является теория стадий.

Стадия – период, выделяемый в длительно протекающем процессе; характеризующийся внутренней связностью, может быть выделен из других периодов. Различают ряд стадий в индивидуальном развитии человека, закономерно следующих друг за другом: *младенческий возраст, ранний детский возраст (преддошкольный), дошкольный возраст, младший школьный возраст, подростковый возраст, юношеский возраст, зрелость.*

На каждой стадии происходит постепенное накопление количественных и качественных изменений, ведущих к значительному, качественному преобразованию – переходу на новую ступень развития, являющуюся не внешней надстройкой над предшествующей ступенью, а внутренней ее переработкой.

Каждый возраст характеризуется особыми специфическими потребностями и проблемами. Так, в *раннем детстве* необходимо учитывать особенности развития движений, способствовать формированию культурно-бытовых навыков и стимулировать речь. В *младшем дошкольном возрасте* необходимо уделить внимание развитию тонкой моторики, знакомить ребенка со всеми сенсорными эталонами, учить сюжетно-ролевой игре, активизировать словарь ребенка. *Старший дошкольный возраст* сензитивен для развития эстетических категорий и систематического обучения. В этом возрасте происходит активное развитие речи, формируются стереотипы социальных отношений, усваиваются образцы адаптивного поведения. У *младших школьников* главная проблема – трудности обучения и обусловленные ими дидактогении, формирование комплекса тревожности. Проблемы идентификации, актуализации и реализации, ценности и мотивации характерны для *подросткового и юношеского возраста*. Переход от одного возрастного периода к другому происходит спонтанно и может сопровождаться кризисами.

Кризис – противоречивое состояние, когда происходят значимые качественные изменения личности. К кризисам относят особые, относительно непродолжительные по времени (до года) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями.

В детском возрасте выделяют «*кризис новорожденности*», «*кризис первого года жизни*», «*кризис трех лет*», «*кризис 6–7 лет*», «*подростковый кризис*». К настоящему времени кризис рассматривается и как желательное, конструктивное явление. Если человек находится в неразрешимой с его точки зрения ситуации, то кризис предоставляет ему возможность расширить поле зрения, становясь как бы универсальным сензитивным периодом.

Сензитивный период – период оптимальных возможностей для развития какой-либо стороны психической деятельности (восприятия, памяти и др.), обучения и воспитания. Термин был впервые применен итальянским педагогом М. Монтессори. Она выясняла, по отношению к каким воздействиям дошкольный возраст является сензитивным, т.е. чувствительным для оптимальных сроков обучения и развития. Сензитивный возраст предполагает известную степень зрелости и определенные психологические предпосылки для наиболее успешного обучения и развития. Слишком раннее обучение не дает педагогического эффекта, а слишком позднее обучение не играет той роли в развитии, которую оно играет тогда, когда происходит в оптимальные сроки (Л.С. Выготский). Ряд исследований убеждает, что для коррекции речевого развития в большинстве случаев ранний и дошкольный возрасты являются наиболее сензитивными.

Психическое развитие – закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в количественных, качественных и структурных преобразованиях. Особенности развития психики являются необратимость изменений, их направленность, закономерный характер.

По мнению А.Р. Лурия, можно выделить **пять основных условий** или факторов **нормального психического развития**:

- 1) сохранность структур и функций ЦНС;
- 2) сохранность анализаторных систем;
- 3) сохранность речевых систем;
- 4) физическое здоровье;
- 5) адекватное возрасту воспитание и обучение.

Многообразные нарушения любого из приведенных факторов способны приводить к появлению множества вариантов отклоняющегося развития.

Нарушения психического развития. Любое более или менее длительное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонению психического развития. Его проявления будут различны в зависимости от этиологии, локализации, степени распространенности, выраженности поражения, времени возникновения и длительности воздействия, социальных условий. Эти факторы определяют и основную модальность психического дизонтогенеза, обусловленную тем, страдают ли первично зрение, слух, моторика, интеллект, потребностно-эмоциональная сфера.

Дизонтогенез (от греч. *dis* – расстройство, *ontos* – сущее, *genesis* – происхождение, развитие) – нарушение индивидуального развития организма. Впервые термин «дизонтогенеза» использовал Швальбе в 1927 г. для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Позже этот термин стали употреблять более широко, понимая под ним различные формы нарушений онтогенеза, в том числе и постнатальный (после рождения). Синонимом термина «дизонтогенез» является понятие «нарушенное развитие».

3.4. Психологические параметры дизонтогенеза. **Классификации дизонтогенеза**

В.В. Лебединский, основываясь на положениях, выдвинутых Л.С. Выготским, выделил **психологические параметры дизонтогенеза** (1985).

Первый параметр обусловлен *функциональной локализацией нарушения* и определяет его вид – *общий дефект*, вызванный нарушением работы регуляторных систем (корковых и подкорковых), или *частный дефект*, обусловленный недостаточностью отдельных функций. Общие и частные нарушения образуют определенную иерархию. Нарушения регуляторных систем влияют на все аспекты психического развития, причем частные нарушения нередко компенсируются сохранностью регуляторных или других частных систем.

Второй параметр – *время поражения* – определяет характер нарушения психического развития. Ранние поражения обычно приводят к недоразвитию психических функций, поздние – к повреждению или распаду структуры сформированных психических функций.

Неустойчивость психических функций может привести к явлениям *регресса*, т.е. к возврату функции на более ранний возрастной уровень, или к *распаду*, т.е. грубой дезорганизации.

По мнению В.В. Лебединского, нарушение в развитии никогда не имеет равномерного характера: в первую очередь страдают те психические функции, которые находятся в сензитивном периоде, затем функции, связанные с поврежденными. Поэтому у ребенка с каким-либо нарушением психического развития одни функции будут относительно сохранными, другие – поврежденными, третьи – в разной степени задержанными.

Третий параметр в соответствии с представлениями Л.С. Выготского о системном строении нарушения характеризует *взаимоотношения между первичными и вторичными дефектами*. Вторичное нарушение является основным объектом психолого-педагогической коррекции. Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями психического развития детей. Пропущенные сроки в обучении и воспитании ребенка с нарушенным психическим развитием автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, в этом случае требуются сложные специальные усилия по преодолению нарушения. В процессе психического развития изменяются иерархические отношения между первичными и вторичными нарушениями. На начальных этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является первичный дефект. На последующих этапах вторично возникшие нарушения психического развития играют ведущую роль, препятствуя социальной адаптации ребенка.

Четвертый параметр – *нарушение межфункциональных взаимодействий*. В нормальном психическом развитии ребенка выделяют такие типы взаимодействия психических функций: *временная независимость функций, ассоциативные и иерархические связи*.

Временная независимость функций характерна для ранних этапов онтогенеза, например, относительная независимость развития мышления и речи до двухлетнего возраста. С помощью *ассоциативных связей* разрозненные разномодальные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе пространственно-временной близости (например, образ дома, времени года). Такая организация указывает на малую дифференцированность психических процессов. Самый сложный – *иерархический тип взаимодействия* обладает высокой пластичностью и устойчивостью, которые позволяют в случае необходимости произвести компенсаторную перестройку психической функции (Н.А. Бернштейн, 1997).

На основе выделенных параметров В.В. Лебединский предлагает **классификацию дизонтогенеза** (6 типов нарушений психического развития):

- 1) *недоразвитие*;
- 2) *задержанное развитие*;

- 3) *дисгармоническое развитие*;
- 4) *искаженное развитие*;
- 5) *поврежденное развитие*;
- 6) *дефицитарное развитие*.

Предлагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий исходя из основного качества нарушений развития. Выделяются *группы аномалий*, вызванных:

- 1) *отставанием развития*: недоразвитие и задержанное развитие;
- 2) *диспропорциональностью* (асинхронией) развития: искаженное и дисгармоничное развитие;
- 3) *нарушениями или выпадением* отдельных функций: поврежденное и дефицитарное развитие.

Для **недоразвития** характерно раннее время поражения, когда имеет место незрелость мозга (например, *умственная отсталость*). Различные психические функции недоразвиты неравномерно, наиболее выражена недостаточность высших психических функций (мышление, речь).

Для **задержанного развития** характерно замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах (*ЗПР*). Наблюдается мозаичность поражения, когда наряду с недостаточно развитыми функциями имеются и сохранные. Большая сохранность систем регуляции определяет лучший прогноз и возможность коррекции задержанного психического развития по сравнению с недоразвитием.

Для **поврежденного развития** характерно более позднее (после 2–3 лет) патологическое воздействие на мозг, когда большая часть мозговых систем уже сформирована. Примером является *органическая деменция*, для которой характерны расстройства эмоциональной сферы и личности, нарушения целенаправленной деятельности, грубый регресс интеллекта.

Дефицитарное развитие связано с тяжелыми нарушениями отдельных систем: *зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата*. Первичный дефект ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Компенсация при дефицитарном развитии осуществляется в условиях адекватного воспитания и обучения.

Наиболее характерным примером **искаженного развития** является *ранний детский аутизм (РДА)*. В данном случае в процессе формирования психических функций наблюдается другая их последовательность по сравнению с нормальным развитием: у таких детей развитие речи опережает формирование двигательных функций, словесно-логическое мышление формируется раньше предметных навыков. При этом функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других.

Основной особенностью **дисгармонического развития** является врожденная либо рано приобретенная диспропорциональность психики в

ее эмоционально-волевой сфере. Примером является *психопатия*, для которой характерны неадекватные реакции на внешние раздражители, вследствие чего ребенку трудно приспособиться к условиям жизни в обществе. Степень выраженности психопатии зависят от условий воспитания и от окружения ребенка.

Сложность классификации речевых расстройств определяет трудность отнесения отдельных расстройств к тому или иному варианту дизонтогенеза. Так, по мнению И.А. Чистоградовой (2002), дети с *ринолалией*, проходят в своем развитии через множество психотравмирующих ситуаций, связанных не только с до- и послеоперационным лечением (страх, боль), но и с дефектом внешности. Избыточная психотравматизация приводит к тому, что у детей с челюстно-лицевой патологией отмечены явления *ретардации* (задержка развития отдельных психических функций) и *акселерации* (ускоренное развитие отдельных психических функций), а к концу подросткового периода в эмоционально-личностной сфере формируются патологические образования.

Н.Я. Семаго и М.М. Семаго предприняли попытку дальнейшего развития классификации В.В. Лебединского. В основу их **типологии отклоняющегося развития** положены критерии: *обучаемость, критичность, адекватность*. Выделены **4 основные группы**, а внутри них подгруппы:

- 1) недостаточное развитие (тотальное недоразвитие, задержанное развитие, парциальная несформированность ВПФ);
- 2) асинхронное развитие (дисгармоническое и искаженное развитие);
- 3) поврежденное развитие (локально поврежденный тип развития, диффузно поврежденный тип развития);
- 4) дефицитарное развитие (раннее и позднее дефицитарное развитие).

По мнению авторов *парциальная несформированность преимущественно вербального и вербально-логического компонента* встречается в виде дислексий и/или дисграфий на фоне некомпенсированного ОНР.

3.5. Структура дефекта. Общие и специфические закономерности психического развития

Л.С. Выготский вводит понятие *структура дефекта* – первичный симптом, являющийся следствием биологически обусловленного дефекта, составляет ядро сложного симптомокомплекса (синдрома) и лежит в основе вторичных симптомов. Психологические и биологические проявления существуют в сложном взаимодействии, взаимно влияя друг на друга.

Под *структурой речевого дефекта* следует понимать совокупность речевых и неречевых симптомов данного нарушения речи и характер их связей. В структуре речевого дефекта выделяется первичное, ведущее нарушение (ядро) и вторичные дефекты, которые находятся в причинно-следственных отношениях с первым, а также системные последствия. Раз-

личная структура речевого дефекта находит свое отражение в определенном соотношении первичных и вторичных симптомов и во многом определяет специфику целенаправленного коррекционного воздействия.

Сложность анализа структуры дефекта лиц с речевыми нарушениями заключается в том, что речь, как правило, нарушена при всех видах аномалий развития вторично, и первично при собственно речевых расстройствах.

При изучении структуры дефекта важно опираться на положение Л.С. Выготского о том, что *развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка*. Так, выделяют *общие и специфические закономерности* психического развития детей. **Общие закономерности** – это закономерности, характерные как для нормально развивающихся детей, так и для детей с нарушениями развития:

- *цикличность психического развития* (развитие имеет сложную организацию во времени);

- *неравномерность психического развития* (активное созревание мозга в определенные периоды жизни, отдельные психические функции развиваются на базе ранее сформированных);

- *пластичность нервной системы* (нервная система пластична, а следовательно, обладает высокими компенсаторными возможностями);

- *взаимовлияние биологического и социального в процессе развития*.

Наряду с закономерностями общими для нормального и аномального развития выделяют *общие для всех типов аномального развития*:

- личностные изменения;

- нарушение приема, переработки, сохранения и использования информации;

- нарушение словесного опосредствования;

- более длительные сроки формирования представлений и понятий;

- риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптации;

Специфические закономерности характерны только для детей с тем или иным нарушением. Эти закономерности не противоречат общим, но имеют некоторые особенности для лиц с речевой патологией:

- снижение количества и качества информации, поступающей через поврежденный анализатор. При речевых нарушениях – это недостаточность слухового восприятия, фонетико-фонематические и лексико-грамматические нарушения;

- специфичность формирования психологической системы (субъективная неудовлетворенность, нарушения самооценки, неадаптивность к фрустрации, снижение резистентности к стрессу, недостаточная социальная адаптация);

- зависимость компенсаторных процессов от времени и качества коррекционной работы.

3.6. Коррекция и компенсация отклонений в развитии

3.6.1. Коррекция. Сущность коррекционно-развивающего обучения

Коррекция (от лат. *correctio* – улучшение, исправление) – система психолого-педагогических мероприятий в сочетании с медицинской помощью, направленных на преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития человека (минимизация дефекта – сведение последствий нарушений к минимуму).

Коррекция может быть прямой и косвенной. **Прямая коррекция** заключается в проведении тренинга с использованием учителем специальных дидактических материалов и приемов воздействия, планирования содержания и прогнозирования результатов коррекционной работы во времени. При **косвенной коррекции** предполагается, что в процессе обучения наступает продвижение в развитии ребенка, корригируется его психомоторная и мыслительная деятельность. Пути коррекции при этом выступают обогащение, исправление имеющегося опыта, формирование нового.

В употреблении понятия «коррекция» правильнее вести речь о коррекции нарушенного развития, а не дефекта, так как скорректировать дефект можно лишь в отдельных случаях, например, при дислалии. Необходимо также различать понятия «педагогическая коррекция» и «коррекционная педагогика». В первом случае имеется в виду работа с неглубокими нарушениями (чаще поведенческие отклонения), во втором случае – глубокими, т.е. с теми, которыми занимается сурдопедагогика, тифлопедагогика, олигофренопедагогика и логопедия.

В последние десятилетия сложился *принцип коррекционно-развивающего обучения*, который предполагает слияние коррекционной работы с учебным процессом. В учебных планах всех типов специальных школ, кроме базового и школьного компонента, выделяются коррекционные блоки предметов. Это может быть развитие слухового восприятия, ориентировка в пространстве, социально-бытовая ориентировка, логопедические занятия и др. Современные авторы нередко представляют *коррекцию* как совокупность коррекционно-воспитательной и коррекционно-развивающей деятельности.

Основные направления коррекционной работы:

- коррекция сенсорики (деятельность анализаторов);
- коррекция моторики (физическое развитие);
- коррекция познавательных функций (мышление, память, речь и др.);
- коррекция эмоционально-волевой сферы;
- коррекция личности.

Средства коррекции условно можно разделить на *традиционные* и *нетрадиционные* (альтернативные). Наиболее распространенные (традиционные) – это игра, учеба, труд, внеклассная работа, общественно-полезная деятельность, режим, лечебно-профилактические мероприятия

(сбалансированное питание, витаминизация, закаливание, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение) и др. При этих средствах коррекция в основном достигается косвенным образом.

В последнее время приобретают популярность такие средства коррекции, как сенсорный и психомоторный тренинг, леготека (лего – игры конструктивного содержания), ароматерапия, иппотерапия (от греч. слова «иппо» – лошадь), арттерапия, музыкотерапия и др. Присутствие во многих названиях слова «терапия» подчеркивает лечебный, но не медикаментозный эффект. В современной отечественной практике перечисленные средства выступают как нетрадиционные. Очень важно при выборе средств коррекции делать опору на социально значимое содержание материала.

Принципиально значимыми *положениями* в программе коррекционно-развивающего обучения и воспитания являются следующие:

- принцип единства диагностики и коррекции отклонений в развитии;
- анализ социальной ситуации развития ребенка и его семьи;
- включение родителей в коррекционно-педагогический процесс;
- расширение традиционных видов детской деятельности и обогащение их новым содержанием;
- формирование и коррекция высших психических функций в процессе специальных занятий с детьми;
- реализация личностно-ориентированного подхода к воспитанию и обучению детей через изменение содержания обучения и совершенствование методов и приемов работы;
- активизация эмоционального реагирования и эмоциональных проявлений в практической деятельности, общения детей и формирования адекватного поведения;
- расширение форм взаимодействия взрослых с детьми и создание условий для активизации форм партнерского сотрудничества между детьми;
- определение базовых достижений в каждом возрастном периоде.

Реализация *принципа коррекционной направленности* деятельности в специальном учреждении возможна при следующих *педагогических условиях*:

1. Целостное воздействие педагогического процесса на личность ребенка.

2. Адаптация средств педагогического процесса к особенностям познавательной деятельности и направленность этих средств на максимально возможную мобилизацию способностей учащихся, на овладение элементами социальной культуры в неадаптированном виде.

3. Ориентация на формирование высших психических функций с акцентом на их осознанность и произвольность.

4. Опора на предметно-практическую деятельность учащихся с обеспечением ее интеллектуализации и вербализации на уровне внешней

и внутренней речи.

5. Использование специальных коррекционных приемов в процессе обучения.

6. Выполнение учащимися заданий, соответствующих по уровню трудности зоне их ближайшего развития.

7. Специально организованный процесс познания ребенком своих слабых и сильных сторон.

Таким образом, коррекция достигается посредством адаптации содержания обучения к особенностям познавательной деятельности учащихся, учета актуального уровня и зоны ближайшего развития, использования наглядности, замедленности процесса обучения, повторения тренировочных упражнений, структурной простоты материала, индивидуального подхода.

Значение *ранней коррекции* в формировании и развитии личности ребенка с дизонтогенезом огромно. Чем раньше будет начата коррекционная работа, тем с меньшими затруднениями будет идти двигательное, речевое и интеллектуальное развитие. Оказание ранней комплексной помощи позволяет более эффективно компенсировать отклонения в психическом развитии ребенка «группы риска», тем самым смягчить вторичные отклонения. В результате коррекции в раннем возрасте до 30% детей к 6 месяцам достигают показателей нормы, у 90% детей наблюдается стойкий положительный эффект. Это помогает сократить число детей, которые по достижении школьного возраста будут нуждаться в специальном образовании в условиях специализированных учреждений. Своевременная помощь и коррекция дает исключительную возможность «сгладить» недостатки и проблемы в развитии, а в ряде случаев даже устранить их, обеспечив тем самым полноценную жизнь ребенка.

Элементы психотерапии в работе логопеда как средства коррекции

Психотерапия начинается в тот момент, когда ребенок в первый раз переступает порог логопедического кабинета. Логопед должен встретить ребенка дружелюбно и показать ему комнату, в которой они будут заниматься, все, что в ней находится, прежде всего, игрушки. Заметив, что больше всего ребенку понравилось, педагог дает ему заинтересовавшую его вещь и, если ребенок не возражает, подключается к его игре на равных. Первая встреча – *знакомство* на этом завершается.

Кабинет логопеда не должен быть похож на кабинет. Это комната, в которой нет места строгому стилю. В ней все: обои, шторы, игрушки, мебель – должно быть проникнуто теплом и уютом домашнего, «дружелюбного» мира, в котором ребенок не чувствует себя скованным, зажатым.

Один из важнейших элементов психотерапии – *поощрение*, которое выражается в вербальной и невербальной (жесты, улыбки, похлопывания, прикосновения и др.) формах.

*Занимаясь с ребенком, следует соблюдать следующие **правила**:*

- *сидите справа от него.* Правая сторона – это будущее. Когда вы находитесь справа, вы помогаете ему продвигаться в нужном направлении – к результатам, которых вы оба ждете;

- *занимайте позицию **Левелинга** – на уровне глаз ребенка* (он – на стуле, вы на стульчике; он – на полу и вы – на полу);

- *следите за своим голосом и организацией речи* (логические паузы и ударения, высота, тембр, звучание);

- *принимайте ребенка таким, какой он есть;*

- *будьте с ним «здесь и сейчас»* (думая о своем, вы теряете контакт с ребенком, а он – интерес к тому, что он делает); оставьте за порогом ваше настроение, не разрешайте себе раздражаться, лгать, притворяться; будьте спокойны и доброжелательны, открыты ему и искренни;

- *никогда не гладьте ребенка по голове и не кладите руку ему на голову* – это жест, вызывающий отрицательную реакцию, даже стрессовое состояние.

Психогимнастика как особая часть психотерапии помогает скорректировать различные сферы психики детей-логопатов, которые, как правило, испытывают определенные трудности в общении со сверстниками; склонны к повышенной утомляемости; вспыльчивы, замкнуты; несамостоятельны в поведении и выражении своих мыслей. В число *средств*, с помощью которых специалист добивается успеха, входят следующие:

- *упражнения на развитие мимики и пантомимики* (показать мимикой то или иное эмоциональное состояние; угадать по выражению лица товарища его внутреннее состояние и др.), помогающие предотвратить перерастание эмоций в патологические чувства, обеспечить необходимую разрядку;

- *музыка*, способная уравновесить нервную систему ребенка – успокоить чрезмерно возбужденного и растормошить вялого, способствующая развитию умения слушать и слышать, фантазии, воображения.

3.6.2. Проблема компенсации функций

Биологическим обоснованием возможности коррекции являются процессы *компенсации* (от лат. *compensatio* – возмещение, уравнивание). *Сущность процесса компенсации* заключается в возмещении в той или иной мере нарушенных функций и состояний: в мозг поступают сигналы с поврежденных участков, в ответ на которые он мобилизует защитные механизмы, «запасы надежности живого организма» и противодействуют патологическому процессу. Одновременно с этим в высший отдел ЦНС непрерывно идут «доклады» о достигнутых результатах и на основе этого вносятся определенные коррективы в процесс компенсации: мобилизуются новые и демобилизуются прежние, оказавшиеся малоэф-

фективными механизмы и приспособления. По достижении оптимальных результатов мобилизация защитных механизмов прекращается. Состояние скомпенсированности функций становится относительно устойчивым. В организме возникает тенденция к сохранению этой устойчивости.

Основные принципы компенсации сформулированы, обоснованы и клинически апробированы П.К. Анохиным (1959). Это *принципы сигнализации дефекта, прогрессивной мобилизации, непрерывной обратной афферентации, санкционирующей афферентации, относительной устойчивости* компенсаторных приспособлений:

1) *сигнализации дефекта* – никакое нарушение биологического равновесия организма и окружающей среды не остается «незамеченным» со стороны ЦНС;

2) *прогрессивной мобилизации* – организм имеет огромные потенциальные возможности, превышающие отклоняющее воздействие дефекта;

3) *непрерывной обратной афферентации* (связи) – компенсация есть процесс, постоянно регулирующий ЦНС;

4) *санкционирующей афферентации* – компенсация есть процесс, имеющий конечный характер;

5) *относительной устойчивости* – возможен возврат прежних функциональных нарушений в результате действия сильных и сверхсильных раздражителей (декомпенсация).

Выделяют *первичную и вторичную компенсации* (Л. Пожар, 1996). **Первичная** протекает в виде целенаправленной деятельности по относительному уменьшению меры проявления основного дефекта (коррекционные технические средства – очки, слуховые аппараты и др.).

Значительно сложнее **вторичная компенсация** – формирование и развитие высших психических функций, и, прежде всего психической регуляции поведения. Вторичная компенсация возможна лишь в том случае, когда организм и психика обладают достаточным компенсаторным фондом, а у индивида сформированы необходимые предпосылки компенсации: воля, мотивация, другие структуры личности для достаточно интенсивных продолжительных упражнений и тренировок.

Также компенсация бывает: *органическая (внутрисистемная)* и *функциональная (межсистемная)*. Так, **внутрисистемная компенсация** достигается при замещении поврежденных нервных элементов активностью сохраненных нейронов в результате перестройки деятельности нейронных структур в анализаторах под влиянием адекватной стимуляции и специального перцептивного (т.е. с помощью восприятия) обучения. Примером является коррекционная работа со слабослышащими и слабо-видящими по развитию остаточной слуховой и зрительной функций.

Межсистемная компенсация связана с перестройкой деятельности или формированием новых функциональных систем, включающих проекционные и ассоциативные области коры головного мозга. При

формировании новых функциональных систем решающее значение имеет психофизиологический фактор активации обратных связей анализатора, являющийся важным механизмом обработки поступающей из внешнего мира информации.

Процесс *компенсации элементарных физиологических функций* не требует обучения и происходит за счет *автоматической перестройки*, в которой важную роль играет оценка успешности приспособительных реакций, осуществляемая в ЦНС. *Компенсация высших психических функций* возможна лишь в результате *специально организованного обучения*. При аномалиях развития, связанных с врожденными или рано приобретенными дефектами анализаторов, активное обучение приобретает решающую роль.

Также в ряде исследований установлена зависимость развития компенсаторных приспособлений от *конституционных особенностей человека (фенотипа), возраста, характера дефекта, времени и степени нарушения функций, осознания дефекта, волевой установки на компенсацию, факторов внешней среды, социальной позиции индивида* и т.д.

Таким образом, компенсация выступает как условие и как результат коррекции: чем эффективнее коррекция, тем стабильнее закрепляются новые условные связи в ЦНС. *Единство и взаимообусловленность процессов коррекции (внешнего) и компенсации (внутреннего) Л.С. Выготский выразил в законе превращения минуса дефекта в плюс компенсации*, подчеркнув необходимость создания и использования обходных путей.

При рассмотрении теории компенсации психических функций *Л.С. Выготский* выделил несколько *положений*:

- включение аномального ребенка в разнообразную социально значимую деятельность и создание активных и действенных форм детского опыта;
- применение медицинского воздействия для преодоления первичных дефектов и корригирующего психолого-педагогического воздействия в борьбе с вторичными отклонениями;
- специальное воспитание по собственным методикам обучения на основе выработки у ребенка интереса и потребностей в такой деятельности;
- включение людей с различными нарушениями в активную трудовую деятельность, которая обеспечивает условия для полноценной интеграции в общество;
- уровень компенсации определяется, с одной стороны, характером и степенью дефекта, резервными силами организма, с другой – *внешними социальными условиями*.

К числу *благоприятных условий формирования компенсации* относятся:

- ранняя диагностика и начало коррекционных воздействий;
- правильно организованная система обучения и воспитания; по-

строение учебного процесса на основе применения специальных приемов и методов коррекционно-воспитательной работы;

- использование принципа соединения обучения с трудом;
- хорошая психологическая атмосфера в детском коллективе, взаимопонимание педагогов и учащихся;
- правильная организация режима учебной работы и отдыха детей, исключающая перегрузки;
- чередование методов обучения учащихся;
- использование технических средств, специального оборудования и учебных пособий.

Сложившиеся компенсаторные процессы не носят абсолютного (устойчивого) характера, поэтому при неблагоприятных условиях (чрезмерные нагрузки, стрессы, болезни, сезонные ухудшения состояния организма, резкое прекращение учебно-тренировочных занятий и др.) они могут распадаться. В таких случаях наблюдается *декомпенсация*, т.е. *рецидив функциональных нарушений*. При явлениях декомпенсации отмечаются серьезные нарушения умственной работоспособности, снижение темпа развития, изменение отношений к деятельности, людям.

От явлений компенсации следует отличать *псевдокомпенсацию* – мнимые, ложные приспособления, вредные образования, возникающие в результате реакции человека на те или иные нежелательные проявления к нему со стороны окружающих людей.

Учение о компенсации открывает творческий характер развития. Ряд ученых строили на нем происхождение одаренности. Так, В. Штерн выступил с тезисом: «То, что меня не губит, делает меня сильнее; благодаря компенсации из слабости возникает сила, из недостатков – способности» (1923). А. Адлер выдвинул идею *сверхкомпенсации*: «Он (ребенок) будет хотеть все видеть, если он близорук; все слышать, если у него аномалия слуха; все будет хотеть говорить, если у него есть на лицо затруднение в речи или есть заикание ... Желание летать будет, выше всего выражено, у тех детей, которые уже при прыгании испытывают большие затруднения» (1927).

Сверхкомпенсация развивает предчувствие и предвидение, а также их действующие факторы – память, интуицию, внимательность, чувствительность, интерес, т.е. все психические явления в усиленной степени, что приводит к выработке сверхполноценности из неполноценности, к превращению дефекта в одаренность, способность, талант. Так, Адлер приводит в качестве примера истории из жизни величайшего оратора Греции Демосфена, страдавшего недостатками речи, Бетховена, потерявшего слух и продолжавшего писать музыку, слепоглухой писательницы Е. Келлер.

Понятия коррекции и компенсации тесно связаны с *реабилитацией* – меры по обеспечению и/или восстановлению функций, компенсации их утраты или отсутствия, снятию функциональных ограничений. Процесс реабилитации не предполагает лишь оказание медицинской помо-

щи. В документах ООН термин «реабилитация» означает процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и/или социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок независимости.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте понятия «норма» и «аномальность». Охарактеризуйте виды норм.
2. Установите связи между различными этиологическими факторами, приводящими к отклоняющемуся развитию.
3. Охарактеризуйте параметры психологического дизонтогенеза, классификации дизонтогенеза.
4. Расскажите об общих и специфических закономерностях развития нормальных и аномальных детей. Дайте характеристику специфических закономерностей развития детей с речевыми нарушениями.
5. Установите взаимосвязь между понятиями «коррекция» и «компенсация». Назовите виды коррекции и компенсации.
6. Приведите примеры внутри- и межсистемной компенсации, иллюстрации закона «превращения минуса дефекта в плюс компенсации».
7. Охарактеризуйте традиционные и нетрадиционные средства коррекции. В чем их существенное различие?
8. Подготовьте реферативные сообщения об известных коррекционных системах.
9. Определите педагогические и психологические условия коррекционной направленности учебно-воспитательного процесса.
10. Проанализируйте теорию сверхкомпенсации А. Адлера, выскажите свои «за» и «против».
11. Объясните специфику процессов компенсации у ребенка в сравнении с взрослым.

Литература: 15, 43, 60, 73, 82, 118, 120, 124, 128, 130, 142, 145, 152, 154, 175, 176.

РАЗДЕЛ 2

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Познавательные процессы (ощущения, восприятие, память, воображение, мышление) являются составной частью любой человеческой, в том числе и речевой, деятельности и обеспечивают необходимую для нее информацию. Они позволяют намечать цели, строить планы, определять содержание предстоящей деятельности, проигрывать в уме ход деятельности, свои действия и поведение, предвидеть результаты своих действий и управлять ими по мере выполнения.

Говоря об общих способностях человека, имеют в виду уровень развития и характерные особенности познавательных процессов. Чем лучше развиты эти процессы, тем выше его способности, тем большими возможностями он обладает. От уровня развития познавательных процессов зависит легкость и эффективность обучения, в том числе освоение устной и письменной речи.

4.1. Восприятие как психическая характеристика

Восприятие – это система процессов приема и преобразования информации, обеспечивающая организму отражение объективной реальности и ориентировку в окружающем мире.

А.Р. Лурия дает такую характеристику восприятию: «*Восприятие* – сложная аналитико-синтетическая работа, выделяющая одни существенные и тормозящая другие несущественные признаки и комбинирующая воспринимаемые детали в одно осмысленное целое». Выделяют *виды* восприятия: *по ведущему анализатору* (зрительное, слуховое, осязательное, обонятельное, вкусовое, кинестетическое); *по форме существования материи* (восприятие пространства, времени, движений); *по форме психической активности* (преднамеренное, непреднамеренное); *по структуре* (симультанное, сукцессивное). У восприятия есть свои *свойства*:

1. *Осмысленность и обобщенность*: воспринимая предметы и явления, человек осознает, понимает то, что воспринимается.
2. *Предметность*: психические образы предметов человек осознает не как образы, а как реальные предметы.
3. *Целостность*: восприятие есть всегда целостный образ предмета.
4. *Структурность*: человек узнаёт различные объекты благодаря

устойчивой структуре их признаков. В восприятии вычленяются взаимоотношения частей и сторон предмета.

5. *Избирательность*: из бесчисленного количества предметов и явлений человек выделяет в данный момент лишь те, на что направлена его деятельность, потребности и интересы.

6. *Константность*: одни и те же предметы воспринимаются человеком в изменяющихся условиях. Однако объективные качества предметов воспринимаются в неизменном виде.

Сенсорное развитие – это развитие процессов восприятия и представлений о предметах и явлениях окружающего мира. Ребенок рождается на свет со сформированными органами чувств. Но их нормальное функционирование представляет собой лишь предпосылку для восприятия окружающего мира.

Чтобы сенсорное развитие проходило полноценно, необходимо целенаправленное *сенсорное воспитание*. Ребенка следует научить рассматриванию, ощупыванию, выслушиванию объектов, т.е. сформировать у него *перцептивные* действия. Обследовать предмет, увидеть, ощупать его еще недостаточно. Необходимо определить отношение выявленных свойств и качеств данного предмета к свойствам и качествам других предметов.

Для этого ребенку нужны *мерки*, с которыми можно сравнивать то, что он в настоящий момент воспринимает. Это *сенсорные эталоны*, которые сложились исторически и позволяют сравнивать, сопоставлять результаты восприятия. К ним относятся *геометрические формы, шкалы величин, меры веса, звуковысотный ряд, цвета, система фонем родного языка*.

Все эти эталоны должны быть своевременно усвоены ребенком. В процессе восприятия он постепенно накапливает зрительные, слуховые, двигательные, осязательные образы. Свойства и отношения предметов, которые ребенок воспринимает, должны обозначаться словом, что помогает закрепить в представлении образы предметов, сделать их более точными, стойкими. Если образы восприятия закреплены в слове, их можно вызвать в представлении ребенка даже через некоторое время. Для этого достаточно произнести соответствующее *слово – название*.

4.2. Особенности восприятия при речевых нарушениях

Агнозия (от греч. *a* – отрицат. частица и *gnosis* – знание) – потеря способности к восприятию предметов и явлений действительности при поражениях коры головного мозга и подкорковых структур.

4.2.1. Зрительное восприятие

Затылочная область больших полушарий мозга обеспечивает процессы зрительной перцепции. При этом собственно зрительную перцепцию (*зрительный гнозис*) обеспечивают вторичные отделы зрительного

анализатора в их взаимосвязи с теменными структурами. При поражении *затылочно-теменных отделов мозга* (как левого, так и правого полушария) возникают **зрительные агнозии**. В нейропсихологии выделяют *предметную, симультанную, лицевую, символическую и цветовую агнозии*.

Предметная агнозия – отсутствие процесса узнавания или нарушение целостности восприятия предмета при возможном опознании отдельных его признаков или частей. Имеет различную степень выраженности – от максимальной (агнозия реальных предметов) до минимальной (трудности опознания контурных изображений в зашумленных условиях или при наложении друг на друга).

Симультанная агнозия – невозможность одновременного восприятия нескольких зрительных объектов или ситуации в комплексе. Воспринимается только одна оперативная единица зрительной информации, являющаяся в данный момент объектом внимания. В ряде случаев наблюдаются лишь трудности в одновременном восприятии комплекса элементов с потерей каких-либо деталей или фрагментов. Эти трудности могут проявляться при *чтении, рисовании*. Симультанная агнозия может сопровождаться нарушением движений глаз (*атаксия взора*).

Лицевая агнозия – нарушение запоминания лиц (от неузнавания знакомых лиц или фотографий до неузнавания самого себя в зеркале).

Символическая агнозия – расстройство восприятия символов, характерных для знакомых языковых систем, нарушается возможность идентификации *букв и цифр* при сохранении их написания.

Цветовая агнозия – трудность дифференцировки смешанных цветов.

Е.П. Кок (1966) выделяет: **предметную, оптико-пространственную (апрактогнозия), буквенную и цифровую агнозию, агнозию на цвета и лица**.

Особенности зрительного восприятия у детей с нарушениями речи

Г.Л. Розергарт–Пупко (1966) прямо говорит о тесном взаимодействии речи и зрительного предметного восприятия. Восприятие и речь взаимообусловлены в своем формировании: константность и обобщенность восприятия, с одной стороны, и подвижность зрительных образов – с другой, формируются и развиваются под влиянием слова. Так, в результате исследования **зрительного восприятия у дошкольников с речевой патологией** получены данные о недостаточной сформированности целостного образа предмета, при этом, простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений не отличается от нормы (Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова, 1991).

Затруднения появляются при усложнении заданий (узнавание предметов в условиях наложения, зашумления). Дети с ОНР воспринимают образ предмета в усложненных условиях с трудностями: увеличивается время принятия решения, они не уверены в правильности ответов,

отмечаются ошибки опознания, число которых увеличивается при уменьшении количества информативных признаков предметов.

В реализации задачи по перцептивному действию (примеривание к эталону) дети с ОНР чаще пользуются элементарными формами ориентировки, т.е. примериванием к эталону, в отличие от детей с нормальной речью, которые преимущественно используют зрительное соотнесение. Дети с ОНР нередко при примеривании фигур ориентируются не на их форму, а на цвет.

Дошкольники с ОНР имеют и низкий уровень развития *буквенного гнозиса*: они с трудом дифференцируют нормальное и зеркальное написание букв, не узнают буквы, наложенные друг на друга, обнаруживают трудности в назывании и сравнении букв, сходных графически, в назывании букв печатного шрифта, данных в беспорядке. В связи с этим многие дети оказываются не готовыми к овладению письмом. При изучении особенностей *ориентировки в пространстве* оказалось, что они затрудняются в дифференциации понятий «справа» и «слева», не могут ориентироваться в собственном теле, особенно при усложнении заданий.

При исследовании детей *младшего школьного возраста* с задержкой речевого развития (ЗРР), дизартриями, алалиями изучались следующие гностические функции: *оптико-пространственный гнозис, лицевой гнозис, пальцевой и оральный стереогноз* (Е.М. Мастюкова, 1976). Так, нарушения *оптико-пространственного гнозиса* считаются характерными для детей с органическим поражением мозга. Изучение его с помощью методики Л. Бендер и в ходе наблюдений за деятельностью детей в процессе рисования, конструирования и обучения грамоте было выявлено, что данная функция у детей младшего школьного возраста с речевой патологией, по сравнению с детьми с нормальной речью, находится на значительно более низком уровне.

Наиболее благоприятна динамика развития *пространственного восприятия* у детей с ЗРР, а наименее благоприятна при алалии. Особенно устойчиво пространственные нарушения сохраняются в рисовании человека: изображение отличается бедностью, примитивностью и малым количеством деталей (особенно у алаликов).

В последующем, в школе, велика роль пространственных нарушений в стойкости *расстройств письменной речи* (дислексии и дисграфии), *нарушений счета*. Исследования способности устанавливать пространственные отношения между явлениями действительности в предметно-практической деятельности и понимать их в импрессивной речи говорят о сохранности данных способностей, но в экспрессивной речи дети с ТНР часто не находят языковых средств для выражения этих отношений или используют неверные языковые средства. Это связано с нарушением у них процессов перекодирования сохранной семантической программы в языковую форму.

Исследования *лицевого гнозиса* (с помощью методики Тардые) показывают зависимость между его нарушениями (особенно в области оральной мускулатуры) и тяжестью расстройств звукопроизношения. Выраженные нарушения *лицевого гнозиса* характерны для детей с дизартрией и алалией.

Нарушения *орального и пальцевого стереогноза* исследовались по общим методикам, описанным в литературе, и с помощью методики Р.Л. Рингеля, когда ребенку предлагалось определить форму предметов, помещенных в рот при закрытых глазах, затем показать такую фигуру в наборе. Наиболее выраженные нарушения отмечались у детей с патологией фонетической стороны речи (с алалией, дизартрией, дислалией). Также значительные нарушения *орального стереогноза* наблюдаются и у детей с грубым нарушением *лицевого гнозиса* (низкие показатели определения точек на картинке и лице испытуемого). Нарушений *пальцевого стереогноза* у детей с речевыми нарушениями выявлено не было (Е.М. Мастюкова, 1991).

Л.С. Цветкова (1995) исследовала точность, объем и прочность восприятия предметов и их запоминание (рисование по слову – наименованию, дорисовывание заданной части до целого, абстрактных элементов и др.) у младших школьников с ТНР. Так, у детей с речевой нормой не обнаружилось нарушений зрительного восприятия и представлений, а у детей с ТНР – нарушения зрительного запоминания и узнавания, бедность образов, схематичность в рисунках, нарушения связи со словом – названием.

По данным А.П. Вороновой, у дошкольников с ОНР по сравнению с нормально развивающимися не имеется сколько-нибудь видимых отклонений в *зрительном узнавании предметов*. Трудность наблюдалась в сложных случаях в ситуациях наложения, зашумления, а также при исследовании *буквенного гнозиса*. При составлении рассказа по цепи сюжетных картин (*сукцессивный гнозис*) дети с ОНР больше времени тратили на разложение картинок в нужном порядке, не могли выявить временные, причинно-следственные связи, не понимали смысла сюжета, не смогли составить полноценный рассказ. При обследовании *оптико-пространственного гнозиса* у детей с ОНР трудность выявилась в дифференциации правой и левой стороны, смешении понимания предлогов, обозначающих пространственные отношения.

Также недоразвитие *оптико-пространственного гнозиса* наблюдается у детей со всеми *формами двигательной недостаточности* (врожденные и рано приобретенные ортопедические заболевания, миопатии и миодистрофии, ДЦП) (И.И. Мамайчук, Мендоса, 1988; И.И. Мамайчук, 1976; Э.С. Калижнюк, Е.В. Сапунова, 1975). Эти нарушения носят временный характер, и с началом самостоятельной ходьбы они легко компенсируются. По данным И.И. Мамайчук (1976), у детей с ДЦП (*дизартрии*) в 70 до 85% случаев отмечаются отставание в зрительном восприятии цвета, формы, изобразительной деятельности. Дети с ДЦП при вос-

приятии цветов, геометрических фигур испытывают затруднения в их словесном обозначении, плохо конструируют и собирают разрезные картинки и кубики, копируют фигуры, что указывает на нарушения зрительного восприятия и пространственных отношений.

В исследованиях Л.М. Веккера и его учеников (Веккер и др., 1971), посвященных проблеме фазовой динамики становления перцептивного образа, при снятии внутренних помех у школьников с ДЦП были выделены фазы становления образов восприятия. Сопоставление изображений плоских фигур после осязательного и зрительного восприятия показало, что у детей с ДЦП рисунки соответствуют топологической адекватности, а у здоровых – метрическим характеристикам объектов.

Таким образом, экспериментально выявлено, что нарушения зрительной сферы у детей с выраженной речевой патологией проявляются в основном в бедности и недифференцированности зрительных образов, инертности и непрочности зрительных следов, а также в отсутствии прочной и адекватной связи слова со зрительным представлением предмета.

4.2.2. Слуховое восприятие

Слуховая кора занимает внешние (конвекситальные) отделы височной области мозга и распадается на первичные (проекционные) и вторичные зоны. Слуховой путь, несущий сигналы звуковых раздражителей, начинается в кортиевоушном органе, расположенном в улитке внутреннего уха. Отдельные участки этого органа возбуждаются в ответ на различные по высоте колебания, и нервные волокна, передающие эти колебания, сохраняют соматотопическую организацию. Они идут по слуховому пути, прерываются во внутреннем коленчатом теле и заканчиваются в первичных (проекционных) отделах слуховой зоны коры, расположенной в поперечной извилине Гешля.

Можно различить *две объективные системы*, которые сложились в процессе социальной истории человечества и имеют отношение к слуховому восприятию: *ритмико-мелодическая (музыкальная), фонематическая (звуковые коды языка) системы кодов*.

Система *ритмико-мелодических (или музыкальных) кодов* определяет *музыкальный слух*. *Фонематическая система* определяет процесс звукового восприятия и обеспечивает кодирование его отдельных элементов в сложные формы звукового восприятия, является *системой звукового языка*.

Слуховое восприятие представляет собой активный процесс, включающий в свой состав *моторные компоненты (пропевание голосом для музыкального слуха и проговаривание для речевого слуха)*.

В клинической и нейропсихологической литературе описаны нарушения слуховых функций, возникающие при поражении ядерной зоны слуховой системы правого и левого полушарий (*слуховая агнозия*).

Слуховая агнозия – гностическое расстройство, отражающее нарушение слухового восприятия, при сохранной элементарной чувствительности.

В зависимости от уровня поражения слуховой системы выделяют:

- 1) *собственно слуховую агнозию;*
- 2) *аритмию;*
- 3) *амузию;*
- 4) *нарушение интонационной стороны речи (просодики);*
- 5) *речевую акустическую агнозию.*

Собственно слуховая агнозия. Человек не понимает смысла самых простых звуков (скрип дверей, шум шагов), т.е. бытовых звуков, которые в норме человек различает без специального обучения. Подобные звуки перестают быть носителями смысла, хотя физический слух у них сохранен.

Аритмия. Ребенок не может оценить правильно ритмические структуры, которые предъявляются ему на слух, и воспроизвести их. Наблюдаются нарушение тембра речи, неспособность заучивать стихи, сокращение слов.

Амузия. Нарушается способность узнавать и воспроизводить знакомую мелодию или ту, которую человек только что услышал, а также отличать одну мелодию от другой. Ребенок с амузией не только не может узнать мелодию, но и оценивает ее как болезненное и непонятное переживание (музыка вызывает приступы головной боли, становится активно неприятной).

Нарушение интонационной стороны речи. Нарушается интонационная сторона речи. Больные не различают речевых интонаций, их речь не выразительна, лишена модуляций, интонационного разнообразия.

Речевая акустическая агнозия. Человек теряет возможность отчетливо различать звуки речи. Он сохраняет достаточно острый слух. Существенные нарушения отмечаются только *при различении звуков речи*. При массивных поражениях левой височной доли все звуки речи воспринимаются как *нечленораздельные шумы*. В случаях ограниченных поражений дефект менее выражен – человек не может различать лишь близкие, отличающиеся только одним признаком «оппозиционные» фонемы (нарушается *фонематическое восприятие*), хотя улавливает тембр и интонацию. Речевая акустическая агнозия является источником нарушений речи – *сенсорной афазии и алалии*.

Особенности слухового восприятия у детей с нарушениями речи

Изучая *фонематическое восприятие*, Г.Ф. Сергеева (1973) отмечает, что нарушение функции речедвигательного анализатора при *дисартрии и ринолалии* существенно влияет на слуховое восприятие фонем. При этом не всегда имеется положительная корреляция между нарушением произношения и восприятием звуков. Так, в ряде случаев наблюдается различение на слух тех фонем, которые не противопоставлены в произношении, в других же случаях не различаются и те фонемы, которые

дифференцируются в произношении. При этом, чем большее количество звуков дифференцируется в произношении, тем успешнее происходит различение фонем на слух. И чем меньше «опор» в произношении, тем хуже условия для формирования фонематических образов. Развитие фонематического восприятия находится в прямой зависимости от развития всех сторон речи (лексики, грамматики, фонетики).

Употребление диффузных звуков неустойчивой артикуляции, искажение звуков, правильно произносимых вне речи в изолированном положении, многочисленные замены и смешения при относительно сформированном строении и функции артикуляционного аппарата указывают на несформированность *фонематического восприятия*.

Так, при *акустико-фонематической дислалии* ребенок не опознает тот или иной акустический признак сложного звука, по которому одна фонема противопоставлена другой. В связи с неопознанием того или иного признака звук узнается неправильно. Это приводит к неправильному произношению звуков из-за *первичной* несформированности функции слухового различения фонем близких *по акустическому подобию*.

При *артикуляторно-фонематической дислалии* замены и смешения осуществляются на основе артикуляционной близости звуков, различающихся по одному из признаков. При этой форме фонематическое восприятие чаще всего сформировано полностью, либо страдает *вторично*. Если же ребенок и не различает фонемы, то в основе лежит смешение *по артикуляционному подобию*.

При *диагностике нарушений слухового восприятия* можно выделить несколько уровней становления понимания речи у детей с ОНР.

1. *Нулевой*: не воспринимает речи окружающих, иногда реагирует на свое имя, реже на интонации запрещения или поощрения.

2. *Ситуативный*: понимает просьбы, связанные с обиходным предметным миром, знает имена близких и названия своих игрушек, может показать части тела у себя, родителей, куклы, но не различает по словесной просьбе изображения предметов, игрушек, хорошо знакомых ему в быту.

3. *Номинативный*: хорошо ориентируется в названиях предметов, изображенных на картинках, с трудом разбирается в названиях действий, изображенных на сюжетных картинках (идет, сидит). Не понимает вопросов косвенных падежей (чем? кому? с кем?).

4. *Предикативный*: знает много названий действий, легко ориентируется в вопросах косвенных падежей, поставленных к объектам действий, изображенных на сюжетных картинках, различает значения нескольких первообразных предлогов (положи на коробку, в коробку и т.д.). Не различает грамматических форм слов.

5. *Расчлененный*: различает изменения значений, вносимых отдельными частями слова (морфами) – флексиями, приставками, суффиксами («стол – столы», «улетел – прилетел»).

Особенности слухового восприятия у взрослых с нарушениями речи

При *акустико-мнестической афазии*, сохраняя фонематической строй речи, и не проявляя массивных феноменов отчуждения смысла, больные не в состоянии сохранять с нужной прочностью серии слухоречевых следов, легко теряют их под влиянием пауз или побочных воздействий и тем самым лишаются возможности обеспечить стойкую серию последовательных слухоречевых цепей.

При *акустико-гностической (сенсорной) афазии* у больных не нарушается музыкальный слух, но они не различают близкие по акустическому подобию фонемы (д-т, з-с, ж-ш, ц-ч и др.), поэтому испытывают трудности при понимании обращенной к ним речи. Звуки неречевого плана различают хорошо (тикание часов, звуки посуды и др.). Также затрудняются и в восприятии ритмов.

4.2.3. Осязательное (тактильное) восприятие

Поражение вторичных полей коры теменной области мозга сопровождается *тактильными агнозиями* – нарушениями узнавания формы объектов при относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности. История изучения тактильных агнозий начинается с 1884 г., когда впервые было описано неузнавание предметов на ощупь. В клинической литературе приводятся два основных синдрома: *нижнетеменной* и *верхнетеменной*.

Нижнетеменной синдром связан с расстройством сложных форм тактильного гнозиса (*астереогноз* или *тактильная предметная агнозия*). Это нарушение способности воспринимать предметы на ощупь, невозможность интегрировать тактильные ощущения, поступающие от объекта. Человек правильно воспринимает предмет зрительно, но не узнает его с закрытыми глазами. Ощупывая мелкие предметы, человек правильно оценивает отдельные признаки предмета. Однако он не может опознать его в целом.

Встречаются трудности восприятия самого материала, из которого сделан предмет (шероховатость, гладкость, мягкость, твердость). Нередко нарушается способность опознание букв, написанных на коже (*тактильная алексия*).

Некоторые авторы выделяют «*тактильную амнестическую афазию*» – невозможность назвать ощупываемый с закрытыми глазами объект при сохранности его правильного описания и назначения. Другие авторы считают, что это проявление *амнестической афазии*.

Верхнетеменной синдром – нарушения «*схемы тела*» или *соматоагнозии* (расстройство узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу). Так, способность нарисовать фигуру, предварительно опознанную на ощупь, в большей степени страдает при поражении задних отделов теменной коры, а тактильные гностические расстройства в большей степени проявляются при поражении передних отделов теменной коры.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите виды и свойства восприятия.
2. Что такое «сенсорное воспитание»? Обоснуйте влияние несформированности сенсорных эталонов на общее развитие ребенка.
3. Подготовьте практический материал по сенсорному развитию дошкольника.
4. Каковы основные проявления зрительных, слуховых, тактильных агнозий?
5. В чем особенности зрительного восприятия у детей с нарушениями речи?
6. Обоснуйте необходимость специальной работы по формированию фонематического восприятия у дошкольников.
7. Какие гностические нарушения встречаются у взрослых?

Литература: 5, 13, 26, 58, 60, 62, 68, 80, 87, 93, 94, 97, 130, 149, 152, 172, 173.

4.3. Внимание как психическая характеристика

Внимание – это свойство или особенность психической деятельности человека, обеспечивающая наилучшее отражение одних предметов и явлений действительности при одновременном отвлечении от других.

Основные **функции внимания**:

- активизация нужных и торможение ненужных в данный момент психологических и физиологических процессов;
- способствование организованному и целенаправленному отбору поступающей информации в соответствии с потребностями;
- обеспечение избирательной и длительной сосредоточенности психической активности на одном и том же объекте или виде деятельности.

Внимание человека обладает *пятью* основными **свойствами**.

1. **Устойчивость внимания** проявляется в способности в течение длительного времени концентрироваться на каком-либо объекте, предмете деятельности, не отвлекаясь.

2. **Сосредоточенность внимания** (противоположное качество – рассеянность) проявляется в различиях, которые имеются при концентрации внимания на одних объектах и его отвлечении от других.

3. **Переключаемость внимания** понимается как его перевод с одного объекта на другой, с одного вида деятельности на иной.

4. **Распределение внимания** состоит в рассредоточении его на значительном пространстве, параллельное выполнение несколько видов деятельности.

5. **Объем внимания** определяется количеством информации, одновременно способной сохраняться в сфере повышенного внимания человека.

Существуют следующие виды **внимания**: *по предмету, материалу деятельности* (сенсорно-перцептивное, интеллектуальное, двигательное), *направленности* (внешнее, внутреннее), *характеру отраженных связей и отношений* (эмпирическое, теоретическое), *ведущему анализатору* (зрительное, слуховое, кинестетическое).

4.4. Особенности внимания у детей с нарушениями речи

Внимание детей с нарушениями речи характеризуется рядом особенностей: *неустойчивостью*, более *низким уровнем произвольного внимания*, *сложностями в планировании* своих действий. Дети с трудом сосредотачивают внимание на анализе условий, поиске различных способов и средств в решении задач, выполнение носит репродуктивный характер.

Обнаруживаются различия в проявлении произвольного внимания в зависимости от *модальности* раздражителя (*зрительный* или *слуховой*): детям с патологией речи гораздо труднее сконцентрироваться на выполнении задания в *условиях словесной инструкции*, чем в условиях зрительной. В первом случае наблюдается большее количество ошибок, связанных с нарушением грубых дифференцировок по цвету, форме, расположению фигур.

По данным О.Н. Усановой, Ю.Ф. Гаркуши (1985), стабильность темпа деятельности *дошкольников с алалией* имеет тенденцию к снижению в процессе работы. У детей с алалией ошибки внимания присутствуют на протяжении всей работы и не всегда самостоятельно замечаются и устраняются. Характер ошибок и их распределение во времени качественно отличаются от нормы.

Все виды *контроля за деятельностью* (упреждающий, текущий, последующий) часто не сформированы или значительно нарушены, причем наиболее страдает *упреждающий*, связанный с анализом условий задания, и *текущий* (в процессе выполнения задания) виды контроля. *Последующий* контроль (по результату) возможен в основном при дополнительной помощи педагога: требуется повтор инструкции, показ образца, конкретные указания.

Особенности произвольного внимания у детей с алалией ярко проявляются в *характере отвлечений*. Так, если дети с нормой по речи смотрят на экспериментатора, пытаются определить по его реакции, правильно ли они выполняют задание, то для детей с алалией преимущественными отвлечениями являются: «посмотрел в окно», «осуществляет действия, не связанные с выполнением задания». Низкий уровень *произвольного внимания* у детей с ТНР приводит к несформированности или значительному нарушению у них структуры деятельности.

В экспериментах Т.С. Овчинниковой (1996) при выполнении «*Корректирующей пробы*» дошкольники со *стертой дизартрией* значительно отличались от нормально говорящих детей. В среднем дети с дизартрией просматривают за одно и то же время в 1,3 раза меньше знаков по сравнению с детьми с нормой. При этом у детей с дизартрией коэффициент вариативности, характеризующий степень изменчивости количества просмотренных знаков, более выражен, чем у детей с речевой нормой.

Особенности внимания детей с дизартрией проявляются в характере допущенных ошибок. Отмечено, что *пропуски знаков* у детей с дизартрией преобладают над другими видами ошибок. Также они имеют низкую *концентрацию* внимания. Многие дети не могут проследить фигуры на одной строчке, «прыгают» по всему листу, отыскивая ту или иную фигуру, или начинают заполнять таблицу последовательно, фигура за фигурой, что говорит о недостаточности *распределения* внимания и низкой сформированности *зрительно-пространственных представлений*.

Характерная особенность внимания дизартриков – *отвлекаемость* под воздействием ярких и сильных раздражителей, импульсивность, общая неорганизованность, неумение проявить волевое усилие для преодоления трудностей. Чем выше уровень организации и саморегуляции, тем меньше пропусков. У детей с преобладанием процесса возбуждения процент ошибок больше, чем у детей тормозимых.

Результаты оценки внимания с помощью корректурных методик (Мюнстерберга, таблицы Шульте–Платонова, кольца Ландольта) показали, что у *заикающихся школьников* отмечается замедление выполнения заданий по сравнению с детьми без речевой патологии (В.А. Калягин, 2006). У заикающихся снижение всех основных свойств внимания – *избирательности, объема, устойчивости и переключения*. Использование методик с различной степенью вербализации материала позволило выявить тенденцию к связи внимания с наличием в предъявляемом материале *речевых элементов* (букв, слов). Также прослеживается связь между степенью нарушения внимания и тяжестью речевого расстройства. Установлено, что в наибольшей степени у заикающихся страдает произвольное внимание.

Результаты выполнения корректурной пробы Бурдона (С.В. Лауткина, 2005) *младшими школьниками с ОНР* и речевой нормой свидетельствуют о более высоких его показателях (объем, концентрация, продуктивность, точность, наличие ошибок) в группе детей с речевой нормой, что свидетельствует о более высокой общей психической работоспособности детей с речевой нормой, устойчивости внимания, меньшей утомляемости.

Таким образом, у детей с речевыми нарушениями по сравнению с возрастной нормой наблюдается снижение концентрации, переключения, распределения, объема и устойчивости внимания.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы основные виды, свойства и функции внимания?
2. Раскройте особенности внимания детей с речевой патологией.
3. Какие диагностические методики для изучения внимания вы могли бы предложить?

Литература: 7, 30,60,62, 65, 84,126, 134, 156,159.

4.5. Мышление как психическая характеристика

Мышление – это высшая форма познавательной деятельности человека, позволяющая отражать окружающую действительность обобщенно и опосредованно, устанавливать связи и отношения между предметами и явлениями.

Основные **функции мышления**:

- установление всеобщих взаимосвязей;
- понимание сущности конкретных явлений как разновидности определенного класса явлений;
- обобщение свойств однородной группы явлений.

Выделяют следующие **виды** мышления, которые объединяются по определенным признакам: *по форме* (наглядно-действенное, наглядно-образное, словесно-логическое), *степени новизны и оригинальности* (репродуктивное (воспроизводящее) и продуктивное (творческое)), *характеристике решаемых задач* (теоретическое, практическое), *структуре* (дискурсивное, интуитивное).

Мышление включает **операции**: *анализ* (мысленное расчленение предметов, явлений, ситуаций и определение составляющих элементов, частей, моментов, сторон), *синтез* (соотнесение, сопоставление, установление связи между различными элементами), *абстрагирование* (отвлечение существенных свойств от несущественных), *сравнение* (соотнесение каких-либо объектов и выделение в них общего или различного), *обобщение* (соотнесение и выделение общего в двух или нескольких различных явлениях или ситуациях), *конкретизация* (выражение мысли словами).

Формы мышления: *понятие, суждение, умозаключение*.

Мышление имеет особую **структуру**:

- ориентировка в условиях задачи, анализ входящих компонентов, выделение признаков и связей;
- выработка стратегии;
- поиск соответствующих способов выполнения;
- нахождение ответа;
- сопоставление результатов с исходными условиями.

Этапы выражения мысли словами:

- определение мотива высказывания, замысла;
- перекодирование замысла в развернутую речь и создание схемы высказывания;
- активация грамматических структур – развернутое внешне речевое высказывание.

4.6. Особенности мышления при речевых нарушениях

Особенности мышления у детей с нарушениями речи

Мышление детей, имеющих нарушения речи, одна из *важных проблем логопсихологии*. По мнению Н.И. Жинкина, «задержка одного из компонентов (мышления или речи) у ребенка может вызвать задержку всего развития или даже его остановку» [50, с. 9]. А, по точному выражению Н.Н. Трауготт, ребенок с недоразвитием речи как бы перерастает свои речевые возможности: оформление его мыслей соответствует оформлению мыслей детей более младшего возраста, хотя сами мысли, их содержание находятся на стадии более высокого развития.

Т.Б. Филичева и Г.А. Чиркина, характеризуя особенности интеллектуальной сферы детей с ОНР, отмечают: «Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными возрасту, дети, однако отстают в развитии *наглядно-образного мышления*, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, что является следствием неполноценной речевой деятельности» [159, с. 11].

Исследование *невербального интеллекта*, проведенное О.Н. Усановой и Т.Н. Синяковой (1982) на *дошкольниках* с ОНР, позволило выделить 3 группы детей. Самой многочисленной оказалась группа (63%) детей, у которых развитие невербального интеллекта соответствует нижней границе нормы, 27% детей по уровню невербального интеллекта соответствуют норме и только 9% имеют интеллект ниже нормы.

Также особенности протекания мышления у детей с ОНР разного возраста показаны в исследованиях Н.Ц. Василевой (1991) и М. Сухад (1992). Исследуя *наглядно-образное мышление* у учащихся *речевых школ*, ими были замечены следующие особенности: необдуманность ответов, стремление угадать, излишняя торопливость или вялость, отсутствие интереса к заданию, недостаточная концентрация внимания, проявляющаяся в повышенной отвлекаемости, необходимость в помощи экспериментатора в сочетании с большим количеством дополнительных попыток, сложность в выполнении проб, связанных с лексическим и грамматическим развертыванием ответа.

Т.А. Фотекова (1998, 2003), исследуя особенности мыслительной деятельности детей с ОНР, пришла к выводу, что этим детям присущи: медленная прогностическая деятельность, несформированность рациональной стратегии, низкий уровень продуктивной организации мыслительной деятельности, неустойчивость внимания. В исследовании Р.И. Лалаевой и А. Гермаковска (2000) по изучению особенностей симультанного анализа и синтеза у детей с ОНР, выявлены нарушения в выделении значимых существенных признаков, соскальзывание на случайные, несодержательные признаки. Необходимость развернутого рече-

вого обозначения результатов зрительного анализа затрудняло процессы симультанного анализа.

И.Т. Власенко (1990), характеризуя речемыслительную деятельность детей с ОНР, подчеркивает, что у одних, при наличии стойкой положительной мотивации к выполнению задания, выявляется *недостаточность в операционном звене мыслительной деятельности*, у других – некоторая *несформированность целевых установок при сохранности операционных возможностей*. Из-за нарушения контроля за исполнительской деятельностью нет возможности сличения результатов с исходными установками.

В исследовании В.В. Юртайкина выделены *два основных типа трудностей* у детей с ОНР в процессе развития познавательной деятельности: трудности усвоения символической функции и использования знаков для замещения реальных предметов, и трудности удержания в памяти и актуализации образов-представлений в процессе решения познавательных задач.

Г.В. Гуровец (1975) отмечает, что у *моторных алаликов* имеют место расстройства конструктивного праксиса. При выполнении таких заданий они демонстрируют повышенную тормозимость, затруднения переключения, необходимость повторения побудительной инструкции для продолжения действий. Задания выполняются с трудом, и это указывает на ограничение общих понятий. При выполнении заданий на предметную классификацию дети справляются с легкими вариантами с конкретным объяснением и затрудняются при выполнении более сложной классификации, основанной на базе речи, абстрагирования. Классификация проводилась неравномерно и с недостаточной концентрацией внимания, обобщающие понятия у детей нестойкие.

В.А. Ковшиков и Ю.А. Элькин (1980), исследуя мышление детей с *моторной алалией*, пришли к выводу о недостатках в *знаниях и самоорганизации* при выполнении мыслительных заданий. Нарушение самоорганизации обуславливается недостатками эмоционально-волевой и мотивационной сферы и проявляется в отсутствии устойчивого интереса к заданию. При этом мыслительные операции у данной группы протекают нормально при расширении запаса знаний и упорядочении самоорганизации.

Оценивая учебные возможности детей с *моторной алалией*, Е.Ф. Собонович (1981) подчеркивает, что, несмотря на ЗПР, проявляющуюся в недостаточной гибкости и динамичности мышления, в замедленном темпе усвоения, в отсутствии оперативности и инициативы, эти дети все же «овладевают приемами логического мышления и способны к переносу полученных знаний».

А.Н. Корнев (2006) делает акцент на то, что *невербальные субъекты* дети с *моторной алалией* выполняют в среднем не хуже здоровых сверстников. Так, при складывании фигур из кубиков были получены оценки, превышающие средневозрастную норму, более заметны успехи в

субтесте «Разрезные картинки». Такая зрелость образного и конструктивного мышления уравнивает неполноценность вербально-логических компонентов интеллекта и обеспечивает достаточно высокий уровень адаптационных возможностей ребенка.

Таким образом, при *моторной алалии* малая речевая активность ограничивает запас общих понятий. Неполноценность речи при алалии в силу системного строения психики, при которой познавательные, волевые и мотивационные процессы находятся в неразрывном единстве, обуславливает ряд особенностей развития ребенка, оказывает влияние на протекание этих процессов, вызывая их своеобразие. Недоразвитие речи тормозит полноценное развитие познавательной деятельности, но не приводит к умственной отсталости.

Полученные Т.В. Костиной данные говорят, что у детей с *сенсорной алалией* также имеется вторичное снижение интеллекта, с чем согласна и Р.А. Белова-Давид. У них отмечаются трудности включения, переключения и распределения внимания. Ребенок не сразу воспринимает звук, обращенную к нему речь, отвлекается внешними раздражителями и без них. Обращает на себя внимание замедленность слухового восприятия. На всех этапах развития ребенка с *сенсорной алалией* у него отмечаются колебания слухового внимания и восприятия: трудности включения и концентрирования внимания, устойчивости и распределения его, повышенная отвлекаемость, истощаемость внимания. Задержка умственного развития носит *вторичный характер*.

Р.И. Мартынова (1963), изучая комплексно психические процессы при *дислалиях* и *стертых формах дизартрий*, отмечает, что при *дислалии* обычно не наблюдается отклонений психического развития. В мышлении иногда могут проявляться признаки *астении*, которые также сказываются на их внимании и памяти. Редко имели место временные задержки психического развития. При *дизартриях* наблюдается соответствие характера и степени нарушения мышления, и степени выраженности речевого дефекта. У детей с дизартрией наблюдается некоторое *ослабление мыслительной деятельности*, проходящее по типу *астенизации с выраженным снижением функций внимания и памяти*, а при тяжелых – ЗПР или даже легкая интеллектуальная недостаточность.

Обладая в полной мере предпосылками для развития мыслительных операций, доступными их возрасту, дети с речевой патологией отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, классификацией, исключением лишнего, умозаключением по аналогии.

Особенности мышления у взрослых с нарушениями речи

Известно, что речевое мышление осуществляется на основе словесных значений, понятий и логических операций. А.Н. Леонтьев (1975) отмечает, что в *значениях* представлена преобразованная и свернутая в материи языка идеальная форма существования предметного мира, его свойств, связей, отношений, а движение отвлеченных значений и логических операций составляет внутреннюю умственную деятельность. Формирование предметной отнесенности *слова–названия* происходит одновременно с формированием значений слов и систем значений. Л.С. Выготский называл эту связь *«единством мышления и речи»*.

Л.С. Выготский (1934) отмечал, что в случае распада речи (*афазия*) нарушается мера общности, происходит разрушение единства абстрактного и конкретного в значении слова. Связь произвольных мыслительных операций, стоящих за значением слова, с произвольно протекающими анализом и синтезом в познавательной, и в частности мыслительной, деятельности не случайна. Насколько полно развито мышление, настолько же полно и *значение слова*, т.е. мыслительные операции, стоящие за значением слова, связаны с анализом и синтезом, протекающими на уровне *собственно мышления*.

И.Т. Власенко (1990) анализировал структуру значений слов у больных с афазией. *Вербальные парафазии (словесные замены)* возникают из-за трудности актуализации словесных значений, включая трудности *обозначающей и обобщающей функции слова*.

Сенсорная афазия характеризуется парафазиями на основе фонетических и фонематических закономерностей («портфель – портвейн» – сходство звучания), («колесо – полотенце» – персеверации), («глобус – арбуз» – сходство), («повар – каша» – ситуация), («груша – не яблоко» – отрицательные парафазии), («столяр – стружник» – неологизмы), («голубь – ворона» – одна категория). В основе замен лежат примитивные мыслительные операции (*выделение второстепенных, наглядных признаков и конкретно-ситуативных связей*).

Т.И. Власенко выделяет *две категории сенсорных афазиков*. *Первая* характеризуется достаточно высоким уровнем категориального мышления и наличием вербальных парафазий, возникающих «внутри категорий понятий», т.е. смысловых замен наиболее высокого порядка. *Вторая* – мышлением конкретно-ситуативного типа, – с парафазиями на комплексной основе.

У *моторных афазиков* были выделены *три группы*, имеющие различные типы мыслительной деятельности. *Первая и вторая*, с обобщенным и смешанным типом мышления, характеризовались преобладанием парафазии категориального типа, а у *третьей* группы (с конкретным мышлением) комплексные замены преобладают над категориальными парафазиями.

Таким образом, смысловые парафазии отражают *изменение (сужение) значений слов* у больных с *афазией*. Преобладание одних парафазий над другими свидетельствует о доминировании определенных мыслительных операций, стоящих за значением используемых слов. Характеру этих операций, выступающих в качестве механизма речемыслительной деятельности, соответствует определенный тип речевого мышления – *обобщенный* или *конкретно-ситуативный*.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы основные виды, функции, формы, операции мышления?
2. Раскройте особенности мышления детей с речевой патологией.
3. Расскажите об особенностях мышления взрослых с речевой патологией.
4. Используя литературу, подготовьте сообщение об особенностях мышления при заикании.
5. Какие диагностические методики для изучения процессов мышления вы могли бы предложить?

Литература: 1, 7, 16, 17, 28, 33, 39, 54, 59, 60, 62, 66, 67, 72, 75, 78, 79, 89, 90, 96, 102, 105, 128, 137, 143, 150, 152, 153, 159, 163, 172.

4.7. Воображение как психическая характеристика

Воображение – это психический процесс отражения реальной действительности в непривычных, неожиданных сочетаниях и связях. С помощью воображения создаются образы таких предметов и явлений, которые никогда не воспринимались человеком раньше.

Если восприятие обращено к настоящему, память к прошлому, то воображение – к будущему. Выделяют *непроизвольное и произвольное воображение, репродуктивное и творческое*. Специфические формы воображения – фантазия и мечта.

Основные *функции* воображения:

- представление действительности в образах и обеспечение возможности пользоваться ими, решая задачи;
- регулирование эмоциональных отношений;
- произвольная регуляция познавательных процессов и состояний;
- формирование внутреннего плана;
- планирование и программирование деятельности.

Согласно данным Е.П. Торренса, пик воображения приходится на возраст от 3,5 до 4,5 лет, оно также возрастает в первые три года обучения в школе, уменьшается в последующие год–два, а затем получает новый толчок, возможно, в сочетании с подъемом уровня физического развития.

Дж. Гилфорд установил такие *показатели креативности*: *беглость* (легкость, продуктивность) – характеризует беглость творческого воображе-

ния и определяется общим числом ответов; *гибкость* – характеризует изменчивость воображения, способность к быстрому переключению и определяется числом классов (групп) данных ответов; *оригинальность* – характеризует оригинальность, своеобразие творческого воображения, необычность подхода к проблеме и определяется числом редко приводимых ответов, необычным употреблением элементов, оригинальностью структуры ответа.

Становление воображения проходит в *четыре этапа*.

I этап (до 3 лет). Воображение существует внутри других психических процессов, в них закладывается его фундамент. Образы нечетки, неадекватны содержанию. Анализ носит неизбирательный характер, а синтез представляет уподобление. Ребенок воспринимает основные действия взрослого, преобладают сенсомоторные формы преобразования наглядно данного изображения, появляются речевые формы. Развивается условное избирательное действие и активность типа «покажи как».

II этап (3 года). Происходит становление словесных форм воображения. Анализ делается более дифференцированным, появляется преобразование и комбинирование образов представлений. Отмечается отрыв условного действия от предметной опоры, идет детализация образа посредством слова, появляется фантазийная ложь. Происходит опредмечивание образа действием. Появление аффективного воображения связано с осознанием своего «Я» и отделением себя от других. Воображение становится самостоятельным процессом.

III этап (4–5 лет). Ребенок начинает составлять в уме план предстоящих действий. Усиливаются элементы самостоятельного построения ролевой игры. Ребенок уже может представить состояние другого человека. Снижается фантазийный характер игровых действий. Воссоздаваемые образы дифференцированы, содержательны и эмоциональны.

IV этап (6–7 лет). Воображение приобретает активный характер. Воссоздаваемые образы выступают в различных ситуациях, для них характерны содержательность и специфичность. У ребенка развивается умение действовать в образном плане, возникает интериоризированное воображение, исчезает необходимость во внешних опорах. Появляются элементы творчества.

4.8. Особенности воображения у детей с нарушениями речи

В трудах, посвященных исследованию воображения у детей с нормальным развитием, подчеркивается тесная связь воображения и речи. *«Наблюдение за развитием воображения обнаружило зависимость этой функции от развития речи. Задержка в развитии речи ... знаменует собой и задержку развития воображения»* (Л.С. Выготский).

Воображение детей с речевыми нарушениями формируется по тем же общим законам психического развития, что и у детей с нормой. Оценку его развития затрудняет состояние речи и мыслительных процессов этих детей.

В.П. Глухов (1985) исследовал воображение у детей с *ОНР* при помощи рисуночных проб, используемых для оценки творческих способностей, и выявил их более низкую продуктивность по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Дети чаще прибегали к копированию образцов и предметов ближайшего окружения, повторяли собственные рисунки или отклонялись от задания. Для них были свойственны использование штампов, инертность, длительные перерывы в работе, утомляемость. Эти выводы подтверждаются и результатами выполнения проективного теста Роршаха, в котором требуется описать свои впечатления от пятен различной формы и цвета. Их ответы беднее, чем у детей с нормой по речи, из-за меньшего словарного запаса, упрощения фраз, нарушений грамматического строя, они обнаруживали низкий уровень пространственного оперирования образами.

Т.С. Овчинникова (1999) исследовала воображение у школьников первого класса с *ОНР*. Оно оценивалось по параметрам *беглости, гибкости и оригинальности*. Результаты показали, что все эти параметры значительно ниже у детей с *ОНР*, чем у нормально развивающихся сверстников. Так, дети с *ОНР* имели бедный словарный запас, при выполнении заданий использовали *6 категорий* тем (люди, животные, растения, знаки, машины, астрономические объекты – солнце, луна). Дети с нормальной речью использовали *14 категорий* (добавив к перечисленным посуду, продукты, предметы домашнего обихода, игрушки, космос, украшения, узоры и орнаменты).

Показатель *оригинальности*, который характеризует уровень интеллекта и общего психического развития, у детей с *ОНР* гораздо ниже, чем у нормально развивающихся сверстников. Творческий коэффициент выполнения задания у детей с *ОНР* был в 2 раза ниже, в группе детей с речевой нормой. У детей с *ОНР* было 54 оригинальных ответа, а в группе нормально развивающихся детей – 78, причем эти ответы были разнообразны и часто неожиданны, в них отображался более богатый ряд представлений, обозначенных словом.

По данным О.М. Дьяченко (2001), познавательное воображение формируется к 6 годам благодаря отделению образа от предмета и обозначению его с помощью слова. У детей со *стертой формой дизартрии* познавательное воображение соответствует возрасту 5 лет с преимуществом репродуктивного. Индивидуальная оригинальность их ответов равнялась 2,5 слова из десяти, что показывает низкий уровень развития творческих способностей и бедный словарный запас. Индивидуальная оригинальность выполнения детей с нормой по речи составила 6,4 слова (Т.С. Овчинникова, 1999).

Проведенные эксперименты позволили выявить *специфические особенности воображения у детей с ОНР*: снижение мотивации в деятельности и познавательных интересов, бедный запас общих сведений об окру-

жающем мире, отсутствие целенаправленности в деятельности, несформированность операционных компонентов, сложность в создании воображаемой ситуации, недостаточную точность предметных образов – представлений, непрочность связей между зрительной и вербальной сферами, недостаточную сформированность произвольной регуляции образной сферы.

С.П. Кондрашов и С.В. Дьякова (2002) отмечают, что у детей с *ринолалией* в период раннего детства наряду с существенным снижением пороговой чувствительности наблюдается бедность воображения, непосредственно зависящего от развития речи ребенка.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы основные виды, функции воображения?
2. Расскажите о становлении воображения у детей.
3. Раскройте особенности воображения детей с речевой патологией.
4. Подберите методики по исследованию воображения.

Литература: 42, 44, 60, 62, 84, 92, 269, 176.

4.9. Память как психическая характеристика

Память – следовая форма психического отражения, развивающаяся на основе генетической и физиологической памяти как запоминание, сохранение и последующее объективное и субъективное воспроизведение и узнавание ранее воспринятого, пережитого или сделанного. Память формирует содержательное в психике, опыт личности и ее «Я». Без памяти невозможно обучение.

Существуют следующие **виды памяти**, которые объединяются по признакам: *ведущему анализатору* (зрительная, слуховая, осязательная, обонятельная, вкусовая), *предмету, материалу деятельности* (двигательная, эмоциональная, образная, вербальная), *продолжительности запоминания* (кратковременная, долговременная, оперативная), *форме психической активности* (произвольная, произвольная), *семантической организации* (неосмысленная, семантически организованная).

Различают основные **процессы памяти**: запоминание, сохранение, воспроизведение, забывание; **типы памяти**: *наглядно-образная, словесно-абстрактная и промежуточная*. Типы зависят от соотношения первого и второго типов сигнальных систем в ВНД людей. Преобладание того или иного типа памяти зависит от условий жизни и деятельности человека.

4.10. Особенности памяти при речевых нарушениях

Особенности памяти у детей с нарушениями речи

Как показало большое число исследований различных стран (Ж. Барбизе, Д. Бробент, Н. Воу, П.И. Зинченко, В. Кинч, А.Р. Лурия, А.А. Смирнов, Дж. Талланд) *память* следует рассматривать как сложную функциональную систему, активную по своему характеру, развертывающуюся во времени, разбивающуюся на ряд последовательных звеньев и организованную на ряде уровней. Этот сложный системный характер сохраняется при основных процессах памяти и в равной мере относится как к процессу *запечатления* (или запоминания), так и к процессу *воспроизведения* (или припоминания) ряда запечатленных следов. Кроме того, память следует понимать как активную мнестическую деятельность. Это проявляется в том, что человек активно перерабатывает доходящую до него информацию и не просто запечатлевает следы, адресованных ему раздражителей, но и кодирует эту информацию, отбирает ее существенные признаки, вводит ее в определенную систему, известную «субъективную организацию». Более того, в ряде случаев, этот активный характер мнестической деятельности проявляется в том, что человек ставит специальную задачу запомнить материал, и именно это превращает процесс непреднамеренного, пассивного запечатления в специфическую форму активной мнестической деятельности, так называемую *произвольную память*.

Исследованиями памяти детей с речевыми нарушениями занимались Г.С. Гуменная, Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова, Э.Э.Л. Фигеридо и др. Выяснилось, что объем *зрительной памяти* таких детей практически не отличается от нормы. Исключение касается возможности продуктивного запоминания серии геометрических фигур детьми с *дизартрией*. Низкие результаты в данных пробах связаны с выраженными нарушениями восприятия формы, слабостью пространственных представлений.

Результаты исследования *слуховой памяти* у детей с нарушениями речи демонстрируют: слабость удержания речевых сигналов и точность воспроизведения, высокую тормозимость слухоречевых следов, низкий уровень развития произвольности и контроля слуховой памяти, нарушения узнавания слов, предъявляемых на слух, плохая тренируемость на речевые стимулы, медленная ориентировка в условиях задачи и др. (В. Бугиотопулу, И.Т. Власенко, Г.С. Гуменная, О.Р. Даниленкова, Е.М. Мастюкова, Э.Э.Л. Фигеридо, Т.А. Фотекова и др.).

Так, результаты комплексного исследования *мнестической деятельности младших школьников с речевой патологией*, проведенного Л.М. Шипициной и др., показали у детей с ОНР *сниженный объем всех видов памяти (особенно слухоречевой)*. Показатели различных видов памяти ко 2 классу у детей с ОНР возрастают, но не достигают значений, отмечаемых у учащихся 1 класса массовых школ.

К такому же результату пришла и Е.М. Мастюкова, изучая группы детей с нарушениями речи. Она отмечает у них снижение вербальной памяти, при этом указывает на имеющуюся зависимость между выраженностью нарушений памяти и тяжестью органического синдрома. Е.М. Мастюкова подчеркивает зависимость вербальной памяти от степени и характера речевого недоразвития. Однако, по мнению О.В. Трошина и Е.В. Жулиной, при сниженных показателях слухоречевой памяти у детей с ОНР остаются относительно сохранными возможности смыслового, логического запоминания.

Исследование слуховой памяти *моторных алаликов* показывает, что после первого предъявления они воспроизводят лишь незначительное количество слов, могут повторять одно слово несколько раз или называть новые слова (парамнезия). Словесные парамнезии отражают специфическую для данной категории детей неустойчивость речемышлительной системы. Допущенные при воспроизведении ошибки дети с алалией обычно не замечают и не исправляют. Отсроченное воспроизведение оказывается низким: через 10 минут воспроизводят 5 слов, на следующий день 1–3 слова, особенно сложно воспроизведение середины серии из 10 слов. Алалики часто забывают сложные инструкции, опускают некоторые элементы, меняют последовательность действий, не используют речевое общение с целью уточнения инструкции, что связано и с особенностями внимания.

В исследовании В.А. Калягина (2006) *слуховая память* диагностировалась с помощью субтеста методики Векслера «Повторение цифр» у дошкольников со *стертой дизартрией* и речевой нормой. Так, дети-логопаты воспроизводили на слух в прямом порядке 4 цифры, что соответствует объему кратковременной слуховой памяти 5–6-летних детей в норме, составляющей 3–5 единиц. В обратном порядке дети с *дизартрией* воспроизводят в среднем 1 цифру (норма – 1–2 цифры). При этом наблюдаются затруднения, связанные с необходимостью преобразования запоминаемого ряда, что свидетельствует о специфическом нарушении оперативной памяти по сравнению с непосредственной.

В процессе запоминания «10 слов» в обеих группах наблюдалась сходная тенденция к постепенному возрастанию количества воспроизведенных слов, однако, дети с *дизартрией* в среднем запоминают 7–8, а дети без нарушений – 9–10 слов. Различна и динамика нарастания количества воспроизводимых слов: у детей с *дизартрией* она оказалась более монотонной, чем у их сверстников без нарушений. Также детям с *дизартрией* для запоминания необходимо большее число предъявлений, чем детям с нормой по речи.

Еще более затруднительно для детей с *дизартрией* длительное удержание слуховой информации и воспроизведение ее. В соответствии с субтестом 3 теста Г. Вицлака детям предлагалось заучить четверости-

шие и воспроизвести его через 30 минут. Полное воспроизведение текста было зафиксировано у детей с дизартрией в 5% случаев, у детей без нарушений речи – в 20%. И та и другая группы детей воспроизводили текст в основном на среднем уровне (62 и 72%). Детям обеих групп необходима была помощь педагога в виде подсказок, воспроизведение отличалось частыми перестановками и пропусками слов. На низком уровне, что соответствовало воспроизведению только отдельных смысловых связей или рассказу стихотворения в прозе, выполнили задание 33% детей с дизартрией и 8% детей без нарушений речи.

Для изучения *слухоречевой памяти* у младших школьников с речевыми нарушениями, обучающихся по программе общеобразовательной школы, использовались *методики*: «Запоминание текста» («Муравей и голубка») и «Запоминание двух фраз» (С.В. Лауткина, 2005). Так, количественные показатели запоминания текста и двух фраз к 4 классу в группе школьников-логопатов не достигают показателей 1 класса школьников с речевой нормой. Сама динамика изменений показателей запоминания в группе детей с речевыми нарушениями незначительна от 1 к 4 классу.

При *воспроизведении теста* «Муравей и голубка» дети с ОНР демонстрировали: воспроизведение неточное, неполное, незаконченное, иногда схематическое, со «смысловыми скважинами», с перескакиванием на второстепенные детали, с грубыми лексико-грамматическими ошибками. Показатели запоминания текста школьниками с ОНР соответствовали «удовлетворительному» и «низкому» уровню запоминания. Дети без речевых нарушений показали «высокий» и «средний» уровни запоминания.

Среди *качественных показателей* слухоречевой памяти детей с ОНР при воспроизведении фраз можно назвать следующие: низкий объем памяти, высокую тормозимость слухоречевых следов, низкую прочность и точность запоминания (многочисленные искажения звуковой и слоговой структуры слов, привнесение новых слов и т.д.), чаще встречались случаи полного забывания фраз после интерферирующей деятельности (счет в уме до 20). Также были проанализированы ошибки, допущенные детьми при воспроизведении фраз. Наиболее частотными были следующие: сокращение длины предложения или длины слов (элизии); пропуски 1–2 или даже 4 слов, сокращение структуры слов; замена слов в предложении (вербальные парафазии); соединение слов первого и второго предложения (контаминации); воспроизведение семантически ошибочных предложений; перестановка слов в предложении; привнесение новых слов в предложение; грамматические ошибки, смешение времени глагола, нарушения согласования слов в предложении и др.

Таким образом, у детей с речевыми нарушениями наблюдаются следующие *особенности памяти*: объем зрительной памяти соответствует норме, за исключением запоминания геометрических фигур; преобладание смысловой памяти над механической, снижение функции слухо-

вой памяти; низкий уровень отсроченного воспроизведения и продуктивности запоминания; относительная сохранность смыслового, логического запоминания.

Особенности памяти у взрослых с нарушениями речи

Воспроизведение *10 слов* для заикающихся труднее, чем для здоровых испытуемых. «Насыщение» не наступает даже к 10 предъявлению, в то время как здоровые испытуемые воспроизводят все 10 слов уже к 3 зачитыванию (С.Я. Рубинштейн, 1970). Наряду с количественными обнаруживаются и качественные особенности памяти, в частности выраженность «фактора края», когда наблюдается склонность на протяжении всего исследования начинать воспроизведение серии с первых слов, что характерно также для больных неврозами (Б.Д. Карвасарский, 1982). Невротический характер такой тактики воспроизведения подтверждается результатами беседы с больными, которые выражают досаду по поводу того, что не могут правильно выполнить задание и воспроизвести порядок следования слов. Худшие результаты заикающихся объясняются именно этой сверхтщательностью, склонностью предъявлять к себе дополнительные требования. Также сближает их с больными неврозами то, что они могут после успешного воспроизведения всех 10 слов второй раз воспроизвести только 9 или даже 8 слов (В.А. Калягин, 2006).

Данные *теста зрительной ретенции А.Л. Бентона* свидетельствуют об отсутствии признаков органической патологии и существенных нарушений неречевого внимания у взрослых заикающихся. Вместе с тем характер выполнения теста позволяет говорить о склонности их к повышенной тревожности, усложнению выполнения задания дополнительными условиями, которых нет в инструкции, как и в пробе «10 слов».

Результаты исследования памяти с помощью *метода пиктограмм* показывают, что в целом такой способ запоминания словесного материала не представляет сложности для заикающихся. Характер используемых символов адекватен отображаемым понятиям и позволяет воспроизводить соответствующие им слова с достаточно большой надежностью. Через час после выполнения задания они воспроизводили 90% слов, а через сутки – 75%.

Таким образом, данные, полученные с помощью ряда методик, позволяют говорить, что для заикающихся характерна некоторая диффузная недостаточность краткосрочной памяти, проявляющаяся как качественно, так и количественно. Особенности памяти заикающихся связаны с вниманием и мышлением (способами обработки информации).

Нарушения слухоречевой памяти находятся в центре синдрома *акустико-мнестической афазии*. Это проявляется в сужении объема непосредственного воспроизведения. Так, при предъявлении серии из 4 слов больной воспроизводит 1–2 слова. Характерно воспроизведение

первых или последних элементов серии, т.е. отчетливо выражен «фактор края». Аналогичные трудности (сужение объема воспроизведения) можно видеть при запоминании фраз и рассказов. Важным диагностическим критерием является отсутствие увеличения продуктивности воспроизведения при заучивании, которое в ряде случаев может приводить к истощению функции и ухудшению первоначально достигнутых показателей.

Выраженность расстройств слухоречевой памяти зависит от характера запоминаемого материала. Вербальный материал, объединенный внутренними смысловыми связями (фразы, рассказы), запоминается логопатами легче, чем серии слов, не связанных между собой. Но и внутри смысловой информации играет роль фактор ее объема: фразы воспроизводятся лучше, чем рассказы.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы основные виды, процессы, типы памяти?
2. Раскройте особенности памяти детей с речевой патологией.
3. Расскажите об особенностях памяти взрослых с речевой патологией.
4. Подберите методики по исследованию различных видов памяти.

Литература: 1, 12, 17, 37, 55, 62, 81, 99, 129, 152, 158, 163, 169, 174, 177, 183.

ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЛИЦ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

5.1. Личностные особенности человека

Личность – это человек, взятый в системе таких его психологических характеристик, которые социально обусловлены, проявляются устойчивыми свойствами, определяют нравственные поступки, имеющие существенное значение для него самого и окружающих.

Наряду с понятиями «человек», «личность» в науке нередко употребляются термины «индивид», «индивидуальность». Если понятие «человек» включает в себя совокупность всех человеческих качеств, свойственных людям, независимо от того, присутствуют или отсутствуют они у данного субъекта, то понятие «индивид» характеризует именно его и дополнительно включает такие психологические и биологические свойства, которые наряду с личностными также ему присущи. Кроме того, в понятие «индивид» входят как качества, отличающие данного человека от других, так и общие для всех людей свойства.

Индивидуальность – сочетание индивидуальных и личностных свойств человека, которое отличает данного человека от других людей.

В структуру личности включают способности, темперамент, характер, волевые качества, эмоции, мотивацию, социальные установки.

Способности – индивидуально устойчивые свойства человека, определяющие его успехи в различных видах деятельности.

Темперамент – качества, от которых зависят реакции человека на других людей и социальные обстоятельства.

Характер – качества, определяющие поступки человека в отношении других.

Волевые качества – специальные личностные свойства, влияющие на стремление человека к достижению поставленных целей.

Эмоции и мотивация – переживания и побуждения к деятельности.

Социальные установки – убеждения и отношения людей.

5.2. Развитие личности при нарушениях речи

Раннее младенчество (от 0 до 1 года): при нарушениях доречевого развития у ребенка наблюдается замедленный темп формирования всех психических функций, познавательной сферы.

Позднее младенчество (1–3 года): дети с речевой патологией характеризуются неуверенностью в себе, гипертрофированным чувством стыда. Ребенок ощущает свою неприспособленность, сомневается в своих возможностях. У таких детей имеется сильное желание скрыть от окружающих свой недостаток (особенно у детей с заиканием).

Раннее детство (3–5 лет): у детей с нарушениями речи отмечают пассивность, низкая речевая активность, вялость, отсутствие инициативы, инфантильное чувство зависти к другим детям, подавленность и уклончивость, отсутствие признаков ролевого поведения.

Среднее детство (5–11 лет): у детей с речевой патологией возникает чувство тщетности прилагаемых усилий, собственной неполноценности. Слаборазвиты трудовые навыки. Наблюдается избегание сложных заданий, требующих речевой активности, заданий в условиях речевой инструкции, ситуаций соревнования с другими детьми.

Отрочество (11–20 лет): для подростков с речевой патологией характерны неустойчивость социальных ролей, смещение и смешение временных перспектив: появление мыслей не только о будущем и настоящем, но и о прошлом. Отмечается лабильность в моральных и мировоззренческих установках.

5.3. Типы личности при речевых нарушениях

Личностные свойства человека с нарушением речи зависят от особенностей его характера, его отношения к своему дефекту. Выделяют несколько типов формирования личности.

Социально ориентированный (конформный). Данный тип демонстрирует конъюнктурное подчинение любым авторитетам в группе. Склонны к морализаторству и консерватизму, главное жизненное кредо «быть как все».

Доминирующий. Характеризуются стремлением к лидерству, жаждой похвалы, демонстрируют высокую приспособляемость, обнаруживают склонность к интригам. Имеют высокие притязания к себе и другим, провоцируют конфликты, при этом активно защищаются.

Чувствительный. Повышенная чувствительность ко всему: к тому, что радует, огорчает, пугает. Робкие и застенчивые при посторонних, не любят больших компаний, азартных игр. Отличаются послушанием, обнаруживают большую привязанность к родителям. В юности усиливаются трудности адаптации в связи с осознанием своей отличности от других, возникает комплекс неполноценности. Обнаруживаются высокие моральные требования к себе и окружающим. Часто выбирают сложные виды деятельности.

Тревожный. Свойственна низкая контактность, робость, неуверенность в себе, минорное настроение, усугубляющееся нарушением речи. Редко вступают в конфликты, играют в основном пассивную роль, в сложных ситуациях ищут поддержки и опоры.

Интровертируемый. Характеризуются низкой контактностью, замкнутостью, оторванностью от реальности, любят одиночество, избегают конфликтов с окружающими, протестуют только при попытках вмешательства в их личную жизнь. Часто представляют собой эмоционально холодных идеалистов, слабо привязанных к людям. Имеют на все свою точку зрения, которую, вследствие неуверенности в своих силах, отстаивают в спорах.

Гармоничный. Этот тип у людей с речевыми нарушениями встречается редко. Дети, развивающиеся гармонично, адекватно реагируют на свой речевой дефект. Активны в деятельности, стремятся к общению. При хороших способностях обнаруживают недостаточную дисциплинированность. Иногда переоценивают свои способности, бывают слишком самоуверенны, переживают свои ошибки, но стремятся их исправить.

5.4. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы у лиц с нарушениями речи

5.4.1. Развитие личности и эмоционально-волевой сферы у детей с нарушениями речи

Л.М. Шипицина, Л.С. Волкова (1993) в результате исследований, выполненных с использованием методики «Цветовых выборов» М. Люшера, выявили некоторые особенности **эмоционально-личностных качеств** у младших школьников 1–2 классов речевых школ. Так, многим детям с ОНР свойственна *пассивность, сензитивность, зависимость от окружающих, склонность к спонтанному поведению*.

В определении таких эмоционально-личностных свойств, как *концентричность–эксцентричность*, отмечается отчетливое доминирование как у школьников с нормальной речью, так и у учащихся с нарушенной речью, свойства *эксцентричности*, когда дети проявляют живой интерес к окружающему как источнику получения помощи, информации. Однако у значительной части (40 %) учащихся 1-ых классов, как с нарушенной речью, так и с нормальным речевым развитием, обнаруживается свойство *концентричности*, что свидетельствует об их сосредоточенности на собственных проблемах, склонности все переживания держать в себе, замкнутости. Авторы предполагают, что более высокий процент проявления свойств концентричности у учащихся 1-ых классов по сравнению с второклассниками связан с их недостаточной адаптацией к школе.

У учеников 1-ых классов речевых школ наблюдается более низкая *работоспособность*, которая у половины детей коррелирует с выраженностью стрессовых реакций и доминированием отрицательных эмоций. На 2-ом году обучения у детей повышается работоспособность, преобладает оптимальный уровень эмоционального реагирования, снижается склонность к стрессам. Улучшение эмоционального состояния детей с речевой патологией связано не только с адаптацией к школьному режиму и нормализацией взаимоотношений в коллективе сверстников, но и с развитием способности к саморегуляции вследствие правильно организованной коррекционно-педагогической работы.

Самооценка. В литературе неоднократно высказывалось мнение, что речевой дефект способствует формированию неадекватной самооценки: ощущению своей малоценности, робости, неуверенности в своих возможностях.

Исследование **самооценки** (О.Н. Усанова, О.А. Слинко, 1987) с помощью *теста «Полярный профиль»* позволило установить значимые различия в самооценке девочек и мальчиков с нормальной и нарушенной речью. Так, для девочек младших классов массовой школы наибольшее значение имеют такие свойства, как *здоровье, честность, общительность*, они *необидчивы и недрачливы*. Уже в этом возрасте они сомнева-

ются в оценке своей внешности и либо отвечают, что не знают, красивы ли они, либо считают, что некрасивы. У девочек с нарушенной речью почти по всем параметрам самооценка оказывается выше, чем у девочек с нормальной речью, однако, в отличие от последних, *они не считают себя здоровыми и вследствие этого в необходимой степени общительными.*

Самооценка в двух группах мальчиков отличается в меньшей степени, чем у девочек. Так, мальчики массовой школы считают себя очень веселыми, счастливыми, честными; в меньшей степени, но все же добрыми, общительными, здоровыми. Мальчики речевой школы считают себя *честными, храбрыми, необидчивыми и недрачливыми, однако они менее общительны и счастливы.* Так же, как и девочки, они осознают, что *причиной их необщительности является речевой дефект, однако не считают себя ущербными в той мере, как девочки с нарушенной речью.*

В целом исследования показывают, что учащиеся с ТНР недостаточно критично оценивают свои возможности, чаще переоценивая их. В большинстве случаев объективная личностная характеристика не совпадает с самооценкой, многие из своих черт характера дети не отмечают и не оценивают. Чаще всего не фиксируется внимание на негативных чертах характера, а положительные качества несколько переоцениваются. В этом проявляется тенденция в самохарактеристике приближаться к идеальному образу. Если переоценка своих возможностей в 1–2 классах может быть объяснена возрастной закономерностью (она наблюдается и в норме), то в аналогичном явлении среди учащихся 3 классов можно видеть личностную особенность детей с ТНР.

Изучение *самооценки* (В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова, 2006) дошкольников со стертой дизартрией и нормальным речевым развитием продемонстрировало, что половина из каждой группы детей *адекватно оценивают свои возможности* (соответственно 47% со стертой дизартрией и 50% с нормальным речевым развитием). У дошкольников с дизартрией преобладает *заниженная самооценка* (соответственно 40 и 17%), что проявляется в *большей тревожности и неуверенности в себе.* Среди детей с нормальным речевым развитием *завышенная самооценка* имела место в 3 раза чаще (соответственно 13 и 33%), т.е. дети с речевыми нарушениями проявляют большую осторожность в оценке своих качеств.

Обе группы достаточно высоко оценивают собственную *доброту*, при этом дошкольники с дизартрией ставят это качество на 1-ое место, а дети с нормальным речевым развитием на 2-ое после веселости. Также интересно, что дошкольники с дизартрией отдают предпочтение *физическим качествам* (росту и быстроте), а дети с нормальной речью больше ценят нравственные свойства. Одинаково не удовлетворены обе группы детей своим *вниманием.* Весьма низко оценивают дошкольники с дизартрией свою *речь* и *ловкость*, что показывает критичность их суждений о себе и объективный характер их оценки своей речи и моторных за-

труднений. Что касается детей с нормальной речью, то они не удовлетворены более всего своими эстетическими качествами.

Таким образом, *самооценки дошкольников с дизартрией более низкие и менее дифференцированы, чем у детей с нормальным речевым развитием.*

Уровень притязаний. Исследование **уровня притязаний** (О.Н.Усанова, О.А. Слинко, 1987) младших школьников с ТНР выявило, что в большинстве случаев, реакция этих детей на неуспех отличается от той, которая наблюдается норме. Так, после удачно выполненного задания дети переходят не к более трудному, а к более легкому заданию. Этот факт можно трактовать как формирование защитной реакции у детей с ТНР, стремление поддержать успех даже на заниженном уровне. Особенно ярко заниженный уровень притязаний проявляется у учащихся 1 класса, меньше – у учащихся 2 класса, а среди третьеклассников таких явлений не наблюдается. Это говорит о том, что у учащихся с ТНР с возрастом формируется реалистический уровень притязаний.

Осознание речевого дефекта, **степень фиксированности** на нем изучались, в основном, применительно к *заикающимся* детям (С.С. Ляпидевский, С.И. Павлова, В.И. Селиверстов, Л.А. Зайцева) и лицам с нарушениями голоса (О.С. Орлова, Л.Е. Гончарук). Исследователи выделяют *три варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту*: безразличное, умеренно-сдержанное, безнадежно-отчаянное – и *три варианта волевых усилий в борьбе с ним*: их отсутствие, наличие, перерастание их в навязчивые действия и состояния. В.И. Селиверстов (1989) выделяет следующие *степени фиксированности детей на своем дефекте*:

- *нулевая степень фиксированности на дефекте.* Дети не испытывают ущемления от сознания неполноценности своей речи, совсем не замечают ее недостатков. Охотно вступают в контакт со знакомыми и незнакомыми людьми. У них отсутствуют элементы стеснения или обидчивости;

- *умеренная степень.* Дети испытывают неприятные переживания, скрывают дефект, компенсируя манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее, осознание детьми своего недостатка не выливается в постоянное, тягостное чувство собственной неполноценности, каждый поступок оценивается через призму своего дефекта;

- *выраженная степень.* Дети постоянно фиксированы на своем речевом недостатке, глубоко переживают его, всю свою деятельность ставят в зависимости от своих речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь, самоуничижение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью.

Дефект речи и переживания по его поводу находятся в сложных взаимоотношениях. Примером вариативности таких отношений при заикании может служить работа В.С. Кочергиной (1958), которая трактует взаимоотношения личности и речевого дефекта с психофизиологических позиций. Автор разделила заикающихся детей на группы в соответствии

с особенностями их личностей, соотнеся эти особенности с речевым нарушением по времени их возникновения. Так, к **первой группе** были отнесены дети, у которых неуравновешенное поведение (*повышенная возбудимость или тормозимость*) возникло из-за *развившегося заикания*. До заикания дети этой группы были практически здоровыми и уравновешенными.

У **второй группы** детей *неуравновешенное поведение* отмечалось с раннего детства и было особенностью их личности. Развитие заикания обычно сопровождалось усилением присущей им неуравновешенности и появлением черт общей детской нервности.

Третью группу составили дети, у которых *повышенная возбудимость (или тормозимость)* была выражена наиболее значительно и наблюдалась также с раннего детства. В анамнезе этих детей имелись указания на соматические расстройства: неблагоприятные условия внутриутробного развития, родовая травма, постнатальная травма головы, инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные расстройства, дистрофия. В.С. Кочергина отмечает, что у группы детей, перенесших те или иные инфекционные заболевания и травмы головы, довольно стойкими были признаки астенизации личности, у них отмечались микросимптомы органического поражения ЦНС.

В **четвертую группу** включены дети, у которых задолго до развития заикания наблюдались *признаки тяжелого невроза* – склонность к истерическим реакциям, к навязчивым страхам, представлениям и действиям.

Изучение *доминирования* тех или иных *особенностей личности у заикающихся подростков* (М.И. Буянов, 1989) позволило условно выделить 5 групп подростков. Так, в **первую группу** (3–6%) вошли подростки, в характере которых имелись отдельные психопатические свойства. Это были дети с *тормозимыми* (астеническими, тревожно-мнительными) чертами характера.

Ко **второй группе** отнесены подростки с остаточными явлениями раннего органического поражения ЦНС (35–45%). Среди личностных особенностей у них выделяется психоорганический синдром, зачастую с психопатоподобными проявлениями, кроме этого, отмечались церебрастенический, гипердинамический и неврозоподобный синдромы.

В **третью группу** были включены 5–6% подростков, у которых имело место неврозоподобное заикание в рамках шизофрении и в редких случаях – эпилепсии, при которых имеются соответствующие искажения личности.

Четвертая группа состояла из подростков, в личностных особенностях которых были черты психического инфантилизма (дисгармонический и гармонический инфантилизм, гипогенитализм). При *гармоническом* инфантилизме незрелость эмоционально-волевой сферы проявлялась в легкомыслии, беззаботности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости, необязательности, неспособности довести до

конца начатое дело. Это были слабовольные, требовавшие постоянного контроля подростки. Подобные черты были типичны и для детей с *дисгармоническим* инфантилизмом, кроме того, у них отмечались повышенная возбудимость, неустойчивость, неумная жажда признания. При *гипогенитализме* наблюдалась крайняя наивность, простодушие, болтливость, неспособность к активным действиям. Дети предпочитали во всем соглашаться либо комментировать поступки других.

К *пятой группе* отнесены 30–35% подростков, у которых не было заметных дефектов личности, хотя примерно у 15% из них имелись признаки акцентуации преимущественно тормозимого типа. К этой же группе были отнесены и субъекты с заострением личностных особенностей, что было обусловлено пубертатным кризом.

Таким образом, личностные особенности заикающихся подростков располагаются в широком диапазоне от обычных и акцентуированных черт до грубых психопатологических нарушений.

5.4.2. Тревога, страхи у лиц с нарушениями речи

Одно из наиболее значимых личностных проявлений любой формы психической дезадаптации – *тревожность*. Это интегральное неспецифическое субъективное отражение неблагополучия личности. Выделяют два основных вида *тревожности*.

Первый – ситуативная тревожность, порожденная конкретной ситуацией, которая *объективно* вызывает беспокойство. Такое состояние может возникнуть у любого человека в предчувствии возможных неприятностей и жизненных осложнений. Это состояние вполне нормально, оно играет положительную роль, являясь своеобразным мобилизирующим механизмом, который помогает человеку серьезно и ответственно подойти к решению возникающих проблем. Ненормальным является снижение ситуативной тревожности, когда человек перед лицом серьезных обстоятельств демонстрирует безалаберность и безответственность, что чаще свидетельствует о недостаточной сформированности самосознания.

Второй вид – личностная тревожность, когда человек склонен к *постоянной* тревоге в различных ситуациях, в том числе и в таких, которые объективно к этому не располагают. Этот вид тревожности характеризуется состоянием безотчетного страха перед неопределенным ощущением угрозы, готовностью воспринять любое событие как неблагоприятное и опасное.

У *тревожных детей* наблюдается повышенная чувствительность, низкая самооценка, они беспокойны и постоянно ожидают неприятностей, в том числе со стороны окружающих. Тревожные дети очень болезненно реагируют на свои неудачи, они часто отказываются от той деятельности, в которой испытывают затруднения. Обычно они ведут себя по-разному на занятиях и вне занятий. Вне занятий это живые, общительные и непосредственные дети. На занятиях они зажаты и напряжены, речь их может быть как очень быстрой, торопливой, так и замед-

ленной, затрудненной. Как правило, они испытывают длительное возбуждение: ребенок теревит руками одежду или какой-нибудь предмет. Тревожные дети нередко имеют вредные привычки невротического характера. Манипуляции с собственным телом снижают у них эмоциональное напряжение, успокаивают. В наиболее тяжелых случаях у ребенка формируется комплекс неполноценности, который сковывает его поведение и серьезно препятствует исправлению речевого дефекта.

У детей с *моторной алалией* часто наблюдаются патологические черты невротического круга: *замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обидчивость, слезливость* и т.п. Иногда дети пользуются речью только в эмоционально окрашенных ситуациях. Из-за боязни ошибиться и вызвать насмешку они стараются избегать ситуаций, требующих употребления речи, а если это не удастся, предпочитают использовать жесты.

Развитие личности ребенка с моторной алалией оказывается заторможенным из-за того, что дефект речи заставляет его всячески ограничивать ее употребление, а это, в свою очередь, ограничивает его коммуникации, столь необходимые для социализации. У этих детей отмечаются трудности в формировании гнозиса, пространственного и временного синтеза, праксиса, т.е. психических качеств, опосредованных речью. Для них характерны недостаточность мотивационной и эмоционально-волевой сферы, сниженная наблюдательность, психофизическая расторможенность или заторможенность. Дети долго не включаются в выполнение задания, поверхностно оценивают проблемную ситуацию, не имеют стойких интересов, интеллектуально пассивны. Из-за отсутствия речевого опыта и ограниченной познавательной деятельности у них возникают пробелы в знаниях.

Дети с моторной алалией тяжело переживают свой дефект. Повышенная самокритичность порождает ощущение беспомощности, даже отчаяние, что может вылиться в состояние депрессии. А если окружающие плохо понимают речь ребенка, депрессия может усиливаться. Все это также отрицательно влияет на развитие личности ребенка.

Дети с *сенсорной алалией* трудно воспринимают информацию. Они не могут долго слушать, когда им что-то читают или рассказывают. Не понимая содержания, они теряют интерес и перестают слушать. Новые слова и структуры ребенок осваивает медленно, к речи не критичен, в поведении хаотичен, действует часто импульсивно.

5.4.3. Нарушения личности у взрослых с нарушениями речи

Исследования и практика показывают, что внезапно возникающая инвалидизация при *афазии*, сопровождающаяся нарушением возможности общения с окружающими, неспособностью выразить свое состояние, передать и принять информацию, вызывает острую личностную реакцию на болезнь в инициальном ее периоде.

Длительное изучение проблем афазии и наблюдения за изменением личности у афазиков дали основание Л.С. Цветковой выдвинуть *гипотезу о нарушениях личности у больных с афазией*. В многочисленных исследованиях решались вопросы: изменяется ли структура личности больных с афазией, какие ее составляющие изменяются наиболее резко, какова частота изменений личности по органическому типу, происходит ли динамика нарушений личности. *Первая группа исследований*, выполненных в этом направлении, касалась проблемы факторов, способствующих неустойчивости или устойчивости изменений личности, влияния личности на усиление или ослабление дефектов речи и других высших психических функций. *Вторая группа исследователей* занималась вопросами влияния изменений личности и таких ее составляющих, как мотивация, смысловые образования и др. на состояние психической деятельности больных, проблемы отношений, реадaptации к социальной среде.

Были изучены такие проблемы, как *самооценка* (Ж.М. Глозман, Л.С. Цветкова, А.А. Цыганок), *уровень притязаний* (Ж.М. Глозман, Н.Г. Калита), *тревожности* (Ж.М. Глозман, А.А. Цыганок), *смысловые образования личности* (Л.С. Цветкова, А.Г. Асмолов, Б.В. Зейгарник), *межличностные отношения* в малых терапевтических группах (Л.С. Цветкова, А. Петриду, Л.С. Цветкова, М.Ю. Максименко), *когнитивный и эмоциональный компоненты* внутренней картины болезни (Т.В. Виноградова).

Так, например, сравнительный анализ снижения самооценки в результате заболевания у больных с афазией показал значительное (в среднем в 8 раз) преобладание расхождения самооценки у больных до и после восстановительного обучения в случае успешного восстановления речи, что не наблюдалось у больных с другой нозологией заболевания: у них изменение самооценки было не больше, чем в 1,5–2 раза.

Л.С. Цветкова выделила **два типа изменений личности**: *устойчивый* и *динамический*. *Первый* входит в структуру афазии, *второй* (функциональный) представляет собой *личностную реакцию на дефект*, которая по мере восстановительного обучения больных и обратного развития речи изменяется – вплоть до исчезновения. *Первый тип* обусловлен системным характером строения высших психических функций (ВПФ) и включения личности в их формирование, развитие и протекание. В этом случае обнаружено изменение иерархии мотивов поведения, эмоционально-волевой сферы, самооценки. Наблюдаются различия в характере и степени выраженности этих изменений при разных формах афазии. Так, изменения *самооценки* в большей степени выражены у больных с моторной афазией, чем у больных с сенсорной и акустико-мнестической афазией, у которых сохраняются возможность плавной (хотя и искаженной) речи. У больных с моторной афазией уровень притязаний на речевые задания был значительно ниже, чем на неречевые, и степень расхождения (как и в эксперименте на исследование самооценки) зависела от степени выраженности речевых дефектов.

Функциональный аспект изменений личности при афазии обусловлен специфической (неврозоподобной) реакцией больных на свои дефекты и на отношение окружающих к этим дефектам. Так, личностная реакция на болезнь часто не совпадает со структурными изменениями личности при афазии. Исследование тревожности по методу Ч. Спилбергера показывает, что в острой стадии заболевания показатели реактивной тревожности выше, чем личностной, а у больных-хроников, наоборот. Таким образом, измерение тревожности в острой стадии заболевания показывает личностную реакцию больного на свое заболевание, но по мере закрепления отрицательных личностных установок, болезнь приводит к структурным изменениям личности.

Выявление возможных психопатологических *изменений личности взрослых заикающихся* было осуществлено с помощью Миннесотского многофакторного личностного опросника (ММРП) (В.А. Калягин, 2006). Так, у **мужчин** на первом месте психастенические черты, у них преобладают тревожно-мнительные проявления характера, постоянное чувство тревоги, боязливость, крайняя нерешительность и склонность к сомнениям. Они чрезвычайно чувствительны и ранимы, постоянно опасаются возможных, воображаемых неприятностей. Помимо повышенной тревожности мужчинам свойственно неверие в свои возможности, боязнь в нужный момент не справиться с жизненными трудностями. Сомнение в себе, своих суждениях, решениях и поступках не оставляет их ни на минуту. Им чрезвычайно трудно принять решение, но, если в этом имеется объективная необходимость, они стремятся как можно быстрее воплотить принятое решение в жизнь. Они плохо переносят нарушения привычного уклада жизни – это обостряет их психастенические черты: тревожность, неуверенность в себе и склонность к сомнениям.

Отличительная черта заикающихся **женщин** наряду с ригидностью и индивидуалистичностью – импульсивность, которая проявляется в склонности к социальной дезадаптации. Она может быть результатом повышенной чувствительности к речевому дефекту. Для женщин характерны неустойчивое настроение, обидчивость, возбудимость и чувствительность. В трудных ситуациях они быстро теряют контроль над своими эмоциями и поведением, легко раздражаются, склонны «искать виноватых» в возникающих проблемах.

Контрольные вопросы и задания

1. В чем заключается специфика эмоционально-волевой сферы и личности у детей с нарушениями речи?
2. Как проявляют себя тревога и страхи у лиц с нарушениями речи?
3. Расскажите об особенностях эмоционально-волевой сферы и личности у взрослых с нарушениями речи.

Литература: 9, 52, 57, 60, 62, 87, 124, 135, 152, 178, 181.

ГЛАВА 6. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЦ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

6.1. Игровая деятельность

Для дошкольников, страдающих речевыми расстройствами, игровая деятельность сохраняет свое значение и роль как необходимое условие всестороннего развития их личности и интеллекта. Однако недостатки звукопроизношения, ограниченность словарного запаса, нарушения грамматического строя речи, изменения темпа речи, ее плавности влияют на игровую деятельность детей, порождают определенные особенности поведения в игре. Так, дети со сложными формами *функциональных дислалий, с ринолалиями и дизартриями* нередко теряют возможность совместной деятельности со сверстниками в игре из-за неправильного звукопроизношения, неумения выразить свою мысль, боязни показаться смешным, хотя правила и содержание игры им доступны. Ослабленность условно-рефлекторной деятельности, медленное образование дифференцировок, нестойкость памяти затрудняют включение этих детей в коллективные игры. Нарушение общей и речевой моторики, особенно у *дизартриков*, вызывает быстрое утомление ребенка в игре. У детей с речевыми нарушениями нередко возникают трудности при необходимости быстрой переделки динамического стереотипа, поэтому в играх они не могут сразу переключаться с одного вида деятельности на другой.

Дети с *пониженной возбудимостью* коры головного мозга, склонные к тормозным реакциям, проявляют в игре робость, вялость, их движения скованны, они быстро утомляются. Детям с *повышенной возбудимостью* не хватает сосредоточенности, внимания и настойчивости в доведении игры до конца. Неуравновешенность, двигательное беспокойство, суетливость в поведении, утомляемость затрудняют включение в групповую игру.

Для детей с *алалией*, у которых нередко наблюдается и задержка интеллектуального развития, содержание игр и их правила долгое время остаются недоступными. Игры детей носят однообразный, подражательный характер. Чаще они производят манипулятивные, а не игровые действия с игрушкой. Алалики воспринимают окружающую действительность поверхностно, их игра не имеет замысла и целенаправленных действий. В коллективе говорящих сверстников алалики держатся в стороне или, играя вместе с другими детьми, выполняют только подчиненные роли, не вступают в словесные взаимоотношения. Даже в дальнейшем, когда ребенок приобретает определенный запас слов и навыки фразообразования, в игре эти навыки он самостоятельно не использует. Слово в игре употребляется в основном для называния предметов, при этом отсутствует название действий с ними.

Для *заикающихся* детей **4–5 лет** (Г.А. Волкова, 1994) характерны игры с 2–3 сверстниками, однако каждый из них играет по-своему, забывая о товарищах. В коллективных играх заикающемуся сверстники обычно предлагают роль, с которой он, по их мнению, может справиться. Заикающиеся редко вступают в конфликты из-за этого и сами нередко выбирают себе второстепенные роли с однотипными действиями: шофер ведет машину, няня кормит детей и т.д. Им свойственны черты поведения в играх, присущие хорошо говорящим детям младшего возраста. Дети с заиканием не всегда могут играть продолжительно и до конца.

Среди заикающихся **5–6 лет** примерно одна треть может участвовать в коллективной игре, одна треть – в играх подгруппами в 1–2 человека, и больше одной трети любят играть в одиночестве, что свидетельствует о существенном влиянии заикания. Дети играют в одну игру от 5 до 20 минут, в их игре преобладают правила игры, производные от конкретных игровых ситуаций.

Игры детей **6–7 лет** более содержательны, разнообразны по сюжету и форме исполнения. Отношение заикающихся к коллективу играющих сверстников определяется накоплением жизненного опыта, появлением новых и относительно более устойчивых интересов (развитием воображения и мышления). Большинство детей с заиканием участвуют в коллективных играх и играх подгруппами. Те дети, которые предпочитают играть в одиночестве, замкнуты и несколько пассивны. Они плохо выдерживают длительное пребывание в коллективе и в общих играх, лучше работают в однообразных условиях, быстро усваивают стереотипы движений и речевого сопротивления.

В результате исследования игровой активности *заикающихся дошкольников* Г.А. Волкова (1982, 1994) выделяет следующие **5 групп детей**.

1. *Могут* либо сами предложить игру, либо принять ее от сверстников, распределить роли и согласиться на роль, предложенную другими детьми, вносят предложения по сюжету, согласовывают свои замыслы с замыслами и действиями сверстников, выполняют правила и требуют их выполнения от участников игры.

2. *Умеют* предложить игру, распределить роли, в процессе деятельности могут навязать свой сюжет, однако не умеют согласовать свои действия с замыслами других детей, нарушают правила игры.

3. *Принимают* тему игры и роль от товарищей, активно со всеми готовят игровое место, свою деятельность согласовывают с замыслом товарищей. Правила игры выполняют, своих не устанавливают и не требуют исполнения правил от играющих товарищей.

4. *Способны* играть, только принимая тему и роль от товарищей или взрослого, готовят игровое место по подсказке, высказывают предложения по сюжету, согласовывают свои действия с замыслом играющих только по указке более активных детей, отмечается пассивность.

5. *Редко участвуют* в игре сами, затрудняются входить в игру даже после предложения темы и роли другими детьми или взрослыми, по подсказке готовят игровое место и в ходе игры выполняют действия и правила, предложенные играющими, ярко выражена пассивность, полное подчинение решениям со стороны.

Игровая деятельность детей с речевой патологией складывается только при непосредственном воздействии направляющего слова взрослого и обязательного повседневного руководства ею. На первых этапах игровые действия протекают при очень ограниченном речевом общении, что порождает сокращение объема игр и их сюжетную ограниченность. Без специально организованного обучения игра, направленная на расширение словаря и жизненного опыта детей с речевыми нарушениями, самостоятельно не возникает. Основные свои знания и впечатления дети получают только в процессе целенаправленной игровой деятельности.

6.2. Изодеятельность

У детей с речевой патологией часто наблюдаются нарушения моторики, что указывает на недостаточное развитие тактильно-моторных ощущений, являющихся организующим моментом любой деятельности. Эти нарушения влияют, прежде всего, на способность детей к изобразительному творчеству. У детей с алалией наблюдается узость тематики рисунков и многократные повторения темы, отсутствие способов изображения предметов и явлений, бедность приемов лепки и конструирования, неумение владеть ножницами и т.д. И даже дети, владеющие элементарными техническими приемами, не проявляют достаточной усидчивости, воли и внимания в своих занятиях. Снижено и критическое отношение к чужой и своей работе.

6.3. Учебная деятельность

Для детей с речевой патологией характерно своеобразие учебной деятельности. Так, *нарушения письма и чтения* могут возникать как результат недостаточного формирования лексико-грамматической или/и звуковой стороны речи. Если такому ребенку не была своевременно оказана логопедическая помощь в дошкольный период, то он в дальнейшем не сможет полноценно овладеть грамотой.

При этом следует отметить, что ошибки в письме не всегда соответствуют ошибкам в произношении. В одних случаях наблюдается прямая зависимость – в письме заменяется та буква, соответствующий звук которой дефектен в произношении. В других случаях такой зависимости нет: нередко звуки, правильно произносимые, записываются соответствующей буквой неверно и наоборот.

Несформированность представлений о звуковом составе слова приводит не только к специфическим нарушениям письма, но и к своеобразным нарушениям чтения. Нарушенными могут быть как способы овладения чтением, так и темп чтения, а иногда и понимание прочитанного. Дети с недостатками речи вместо плавного слогового чтения часто пользуются побуквенным угадывающим чтением. При этом они делают много самых разнообразных ошибок.

У детей с *ОНР* к началу школьного обучения оказываются недостаточно сформированными *языковые средства, задержано развитие коммуникативной и обобщающей функций речи*. Эти особенности определяют специфику обучения детей в школе. Основным учебным предметом, который в наибольшей степени служит коррекционным целям, является начальный курс русского языка. Содержание уроков по этому предмету в специальной школе имеет направления: *устранение нарушения речевого развития, организация активной речевой практики, обучение письму, чтению, систематическое изучение сведений по грамматике, правописанию, подготовка к дальнейшему усвоению русского языка* и др.

Учащиеся с *ОНР* наряду с затруднениями в усвоении письма и чтения могут иметь трудности и при усвоении *математики*. Так, дети с *ОНР* плохо понимают смысл математических операций, вопроса задачи, из-за этого не могут составить программу последовательного ее решения, плохо определяют тип задач. Своеобразен и характер необходимой помощи им. Педагог должен постоянно расчленять условия задачи. Все решение задачи в большинстве случаев у детей сопровождалось внешней артикуляцией и внешними моторными действиями (шепот, покачивание головой, взмахи рукой). При употреблении математического словаря наблюдались семантически неточное использование слов, незнание многих математических понятий.

У детей с *ФФН*, возникают трудности в овладении звуковым анализом и синтезом слов. Характер ошибок, связанных с неправильным произношением и нарушением фонематического восприятия, у учащихся, разнообразен: замены, пропуски согласных и гласных, пропуски слогов и частей слова, перестановки, добавления, раздельное написание частей слова.

Для *заикающихся* детей характерна зависимость качества учебной работы от условий, в которых она протекает. Изменение привычных условий приводит к неустойчивости деятельности, рассеиванию внимания. Затруднения вызывают задания, связанные с переключением с одного вида деятельности на другой. При выполнении заданий, требующих интеллектуального и волевого усилий, наблюдается переход с заданного вида работы на более привычный, освоенный ранее. У некоторых наблюдается неумение самостоятельно проконтролировать результаты как собственной, так и чужой работы. Дети с трудом анализируют образец, сопоставляя написанное с печатным текстом, с трудом находят ошибки.

Эти дети испытывают определенные трудности на занятиях, когда нужно, обдумывая собственный ответ и приготовив соответствующие примеры, следить за ответом своих товарищей, помогать им в случае затруднений, исправлять неправильные ответы. В процессе чтения они не замечают собственных ошибок, ошибок своих товарищей, при чтении «по ролям» диалогов произносят «свои» слова несвоевременно, иногда читают слова других лиц. Характерные для заикающихся неустойчивость деятельности, слабость переключения, пониженный самоконтроль не могут не отразиться на их общей организованности: они с трудом «входят» в работу, не прилагают для этого достаточных эмоционально-волевых усилий. В ходе подготовки к урокам такие дети прибегают к механическим приемам выполнения заданий, предпочитая заучивать, а не осмысливать прочитанное.

По выраженности и причинной обусловленности проявлений *неустойчивости* учебной деятельности *заикающихся* учащихся можно разделить на две подгруппы. Так, в *первую подгруппу* входят учащиеся 2–3 классов, усваивающие программу общеобразовательной школы на «хорошо» и «отлично». Анализ устных ответов и письменных работ детей этой подгруппы показывает, что неустойчивость деятельности возникает у них главным образом вследствие низкой эмоциональной устойчивости. *Вторую подгруппу* составляют учащиеся, неустойчивость деятельности которых имеет более широкий спектр проявлений и значительно большую выраженность. Эта подгруппа детей более многочисленна, так как она объединяет учащихся, неустойчивость деятельности которых является следствием импульсивности, инертности реакций или педагогической запущенности.

6.4. Трудовая деятельность

Трудовая деятельность – вид человеческой деятельности, направленной на достижение практического результата. Она осуществляется под влиянием необходимости и, в конечном счете, имеет целью преобразование предметов окружающего мира, превращение их в продукты удовлетворения многочисленных и разнообразных потребностей людей.

Труд является как источником средств к существованию и средством самообслуживания и обслуживания близких (членов семьи). Эти виды труда можно обозначить как труд-забота и труд-работа.

Труд-забота – это умение заботиться о своих близких, социально-бытовая компетентность, обеспечивающая независимость и адаптацию человека в реальной жизни. *Труд-работа* рассматривается как профессиональная деятельность, требующая совершенно определенных знаний и умений.

Расстройство речи может отразиться на социальной активности и деятельности личности, быть причиной тяжелых переживаний. Например, нарушение правильного произношения отдельных звуков не только вызывает у человека чувство неловкости, но и делает его речь небреж-

ной, некрасивой, часто мешает общению. Окружающие не всегда понимают человека, страдающего недостатками произношения. Некоторые тяжелые формы речевых нарушений (например, сложная дислалия или заикание) могут стать помехой при выборе профессии.

Взрослый человек, получивший *травму головного мозга* и вследствие этого потерявший способность говорить, испытывает сильнейший эмоциональный шок. Утратив речь, он не может больше трудиться. Больному трудно адаптироваться к новым для него условиям.

У больных, потерявших речь вследствие *инсульта* (афазия), трудовая деятельность должна регламентироваться следующими принципами:

- работу за столом следует чередовать с двигательной разминкой;
- длительность рабочего времени определяется самочувствием больного;
- характер труда должен исключать возможность травм и вреда здоровью;
- рабочее место должно быть удобным, хорошо освещенным;
- больной должен быть заинтересован в результатах своего труда.

Налаживание быта обязательно предусматривает обучение больного какому-либо труду. Во-первых, это необходимо для его побуждения к приобретению полезных навыков, во-вторых, для того чтобы он был занят.

Овладение доступным видом труда может приблизить больного хотя бы к частичному решению одной из самых важных для него проблем, а именно к участию в жизни общества. Формы этого участия могут быть различными: *надомный труд, труд в специальных мастерских, труд в облегченных, щадящих условиях с изменением его профиля, и, наконец, возвращение к прежнему виду труда.*

Трудовая деятельность людей, имеющих те или иные расстройства речи, имеет свои особенности. Человек, страдающий *заиканием*, обычно боится говорить или говорит шепотом, в основном ограничивается короткими ответами, а иногда предпочитает молчать и в общении с окружающими пользоваться жестами. Такой человек обычно раздражителен, предпочитает одиночество, стесняется своего недостатка, т.е. он замкнут и не раскрывается, с ним очень сложно найти общий язык. Все это затрудняет процесс общения в трудовом коллективе. Скорее всего, такому человеку сложно найти работу в сфере, где общение является основной составляющей профессии.

Такая же картина наблюдается и при других речевых расстройствах, например, *ринолалии*. Речь людей, страдающих ринолалией, понимается с трудом. Это вызывает у человека чувство робости, стремление обособиться. С возрастом речевой дефект усугубляется настолько, что даже после пластической операции нёба произношение в большинстве случаев остается дефектным.

У человека, страдающего *алалией*, отмечается более или менее выраженная заторможенность, отрицательные особенности психики. Нарушение адекватного общения с окружающими приводит к развитию чрезмерной возбудимости или, наоборот, заторможенности. У человека складываются отрицательные черты характера – обидчивость, упрямство, вспыльчивость, появляются вялость, общее снижение активности, внимания, трудоспособности. Такому человеку трудно справиться с работой, требующей высокой языковой и речевой компетенции.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте особенности учебной деятельности детей с заиканием.
2. Сравните специфику учебной деятельности при ОНР и ФФН.
3. Чем характеризуется трудовая деятельность лиц с нарушениями речи?

Литература: 6, 19, 20, 31, 32, 36, 46, 48, 52, 77, 83, 84, 101, 106, 123, 147, 166.

ГЛАВА 7. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОПФР

7.1. Сущность, условия и критерии социализации

Понятие «социализации» вошло в психологию в середине XX в. **Социализация** – это процесс и результат усвоения и активного воспроизведения индивидом социального опыта (норм, умений, стереотипов, установок, принятых в обществе форм поведения и общения). В процессе социализации происходит формирование личности человека и его самосознания.

Социализация реализуется в общении и деятельности – в семье, дошкольных учреждениях, школе, трудовых и других коллективах. Этот процесс происходит как стихийно, так и в условиях целенаправленного воспитания личности.

Социализация связана с *тремя критериями*, по которым определяется психическое и личностное здоровье человека:

- реакция на другого как на равного себе;
- реакция на факт существования норм в отношениях между людьми, т.е. выделение этих норм и стремление следовать им;
- характер переживания своей относительной зависимости от других людей.

А.В. Петровский в процессе социализации выделяет *три стадии развития* личности как субъекта и объекта общественных отношений: *адаптацию, индивидуализацию и интеграцию*. Так, на стадии *адаптации*, которая обычно совпадает с периодом детства, человек выступает как

объект общественных отношений, на которого направлены усилия родителей, воспитателей, учителей и других людей, окружающих ребенка. На этой стадии происходит вхождение в мир людей: овладение знаковыми системами, элементарными нормами и правилами поведения, социальными ролями, усвоение простых форм деятельности.

На *стадии индивидуализации* происходит некоторое обособление индивида, вызванное потребностью персонализации. Стадия индивидуализации способствует проявлению индивидуальных особенностей.

Интеграция предполагает достижение определенного баланса между человеком и обществом. На этой стадии складываются социально-типические свойства личности, которые свидетельствуют о принадлежности данного человека к определенной социальной группе.

В процессе социального развития ребенка можно выделить как минимум два аспекта. *Во-первых*, процесс социального развития предполагает постепенную ориентировку ребенка в существующей в данный момент в обществе системе социальных ролей. Эта ориентировка становится возможной, прежде всего, благодаря расширению социальных связей ребенка, а также в силу становления персональной системы личностных смыслов, за которыми стоит соответственно ориентировка в системе предметных деятельностей, задаваемой обществом. *Во-вторых*, формируются определенные структуры индивидуального самосознания, связанные с процессом социального самоопределения и становления социальной идентичности личности, предпосылкой которых является активное включение ребенка в различные социальные общности.

Социализация не завершается, когда человек становится взрослым. Она относится к процессам «с неопределенным концом», хотя и с определенной целью. Этот процесс продолжается непрерывно на протяжении всей жизни человека, из чего следует, что социализация не только никогда не заканчивается, но и никогда не бывает полной.

Главным критерием социализации личности выступает не степень ее приспособленчества, конформизма, а *уровень ее независимости, уверенности, самостоятельности, раскрепощенности, инициативности, незакомплексованности.*

7.2. Семья как институт социализации. Особенности семей детей с ОПФР

«*Семья* – основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной помощью и моральной ответственностью...» (Советский энциклопедический словарь, 1985).

«*Семья* – ячейка (малая социальная группа) общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, отношениях между мужем и женой, родителями и

детьми, братьями и сестрами и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство» (Н.Я. Соловьев).

Жизнедеятельность семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов, называется функцией семьи. Выделяют следующие **функции семьи**:

1. *Воспитательная* – удовлетворение индивидуальных потребностей в отцовстве и материнстве, в контактах с детьми и их воспитании.

2. *Хозяйственно-бытовая* – удовлетворение материальных потребностей членов семьи, содействует сохранению их здоровья.

3. *Эмоциональная* – удовлетворение ее членами потребностей в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите, активно содействует сохранению психического здоровья семьи.

4. *Духовного (культурного) общения* – удовлетворение потребностей в совместном досуге, взаимном духовном обогащении, играет значительную роль в духовном развитии членов общества.

5. *Первичного социального контроля* – обеспечение выполнения социальных норм, особенно теми, кто в силу обстоятельств (возраст, болезнь) не обладает способностью самостоятельно строить свое поведение в соответствии с социальными нормами.

6. *Сексуально-эротическая* – удовлетворение сексуально-эротических потребностей членов семьи. С точки зрения общества семья обеспечивает биологическое воспроизводство общества.

Нарушения функций семьи – особенности ее жизнедеятельности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций.

Воспитательный потенциал семьи, взаимоотношения детей с родителями существенным образом влияют на их будущее. Зарубежными и отечественными авторами неоднократно указывалось на необходимость изучения семей, имеющих детей с теми или иными нарушениями развития. Существует целый ряд специальных исследований, посвященных проблемам *психологического функционирования* таких семей. Так, рождение ребенка с патологией приводит к трансформации всех семейных отношений. Американский специалист в области семейной терапии Дж. Фрамо высказал мысль: «В любой семье, где есть ребенок с теми или иными нарушениями, имеет место искаженный брак». При этом роль родителей вынужденно ограничивается непосредственным уходом за ребенком и практически не выходит за рамки потребностей текущего периода.

Рождения желанного ребенка ожидает практически каждая семья, но в рождение больного ребенка не хочет верить никто, даже если имеются предупреждения специалистов. При этом на **психологическом уровне** осознание факта рождения ребенка с нарушением делится на **фазы**.

Первая – состояние растерянности, страха. Родители испытывают чувство неполноценности, беспомощности, тревоги за судьбу больного ребенка. В это время закладываются предпосылки для установления со-

циально-эмоциональной связи между родителями и ребенком.

Во второй фазе состояние шока трансформируется в негативизм и отрицание поставленного диагноза. Крайняя форма – отказ от обследования ребенка и проведения какой-либо коррекции.

Третья – состояние депрессии по мере принятия диагноза и правильной оценки ситуации.

Четвертая – психическая адаптация на основе полного принятия диагноза и правильной оценки ситуации.

Лишь небольшая часть семей достигает четвертой, относительно благополучной фазы, и стрессовая ситуация сопровождает семью ребенка с отклонениями в течение всей жизни. Особенно тревожными являются периоды возрастных кризисов, моменты прохождения семьей критических точек своего социального развития: поступление ребенка в детский сад или школу, переходный возраст, наступление совершеннолетия и др.

Длительность периода обретения новых жизненных ценностей по мере осознания и принятия факта отклонений в состоянии ребенка зависит от личностных особенностей родителей, их способности принять или не принять ребенка, а также от характера расстройств и аномалии развития.

Изменения на *социальном уровне* проявляются в том, что семьи, имеющие аномального ребенка, часто по этой причине распадаются (по данным В.В. Ткачевой – около 30%, по другим данным – еще чаще). Мать любит ребенка просто за то, что он существует, отца же больше заботит, каким вырастет ребенок. И если перспективы не утешительны, а жена поглощена горем и уходом за ребенком, будущее начинает видеться отцу беспросветным, и он покидает семью.

Другие изменения на социальном уровне связаны с необходимостью для одного из родителей оставить работу или перейти на другую, удобную для заботы о ребенке, что отражается на бюджете семьи, нарушает социальные связи. При этом больной ребенок вынуждает семью ограничить контакты, изолироваться от друзей и знакомых.

Деформируются *межличностные отношения* не только между родителями, но и между ними и имеющимися в семье здоровыми детьми, которые начинают получать меньше внимания и больше обязанностей, связанных с уходом за больным братом или сестрой. В зарубежных исследованиях установлено, что отношение к больному ребенку его здоровых братьев и сестер неоднозначно. Их приспособление зависит от факторов: пола, возраста, социально-экономического и образовательного уровня родителей и др.

На *соматическом уровне* изменения в семьях с больным ребенком обуславливаются тем, что стресс, связанный с его рождением и воспитанием, часто превышает уровень переносимых нагрузок и приводит к появлению различных соматических, астенических и вегетативных расстройств.

Таким образом, практически все члены семьи, имеющей аномального ребенка, испытывают в большей или меньшей степени психологические и социальные проблемы, нуждаются в специальной помощи.

Согласно исследованиям В.М. Сорокина, устойчивым компонентом длительных эмоциональных переживаний родителей является *экзистенциальный кризис*, проявляющийся в остром чувстве самонереализованности. Его исходным пунктом является ощущение неполноты чувства материнства (отцовства). При нормальном развитии первоначальная симбиотическая связь ребенка и матери постепенно сменяется все усиливающейся автономией, самостоятельностью ребенка. В процессе воспитания ребенка-инвалида эта связь не ослабевает со временем, а в ряде случаев даже усиливается.

В семьях, где есть ребенок с нарушенным развитием, вырабатываются **две стратегии поведения** – контроль или протекция.

Стратегия контроля. Члены семьи берут на себя функцию контроля над поведением больного. Роль контролера как бы придает особый смысл их жизни. Постепенно поведение больного начинает контролироваться и осуждаться в случае несовпадения со схемой, существующей в сознании контролера. Такой контроль характеризуется подозрительностью, вызывает взаимный негативизм.

Стратегии протекции. Больного защищают от возможных последствий его поведения, не дают ему возможности активно общаться с окружающими, чтобы не подорвать авторитет семьи, ограждают от всех забот и хлопот.

Важное значение для воспитания ребенка с нарушением развития имеет **отношение родителей к его дефекту**. Так, *переоценка нарушения* приводит к излишней опеке и искусственной изоляции от общества, к тому же охранительное воспитание способствует развитию эгоизма с преобладанием пассивной потребительской ориентации. В дальнейшем ребенок с трудом адаптируется в коллективе как здоровых, так и больных. Иногда родители, щадя ребенка и безмерно хваля его мнимые успехи, пытаются частыми словесными поощрениями компенсировать его инвалидность. Это формирует неадекватно высокий уровень притязаний, в дальнейшем отмечается стремление к игнорированию имеющегося дефекта.

Недооценка нарушения, игнорирование дефекта в детском или юношеском возрасте могут привести к глубокой психической травме, особенно при выборе профессии и осознании ограниченности собственного выбора.

Все семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, характеризуются следующими **признаками** (по Л.М. Шипицыной):

- родители испытывают нервно-психическую и физическую перегрузку, тревогу за перспективы ребенка;
- поведение ребенка в той или иной степени не отвечает ожиданиям родителей, вызывая у них раздражение, горечь, неудовлетворение;

- внутрисемейные, в том числе супружеские, отношения нарушаются и искажаются;
- социальный статус семьи снижается;
- в семье возникает психологический конфликт как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению ребенка.

А.С. Спиваковская выделила три наиболее важных **свойства родительской позиции**, особенно благоприятной для развития ребенка:

1. *Адекватность* – наиболее близкая к объективной оценка психических и характерологических особенностей своего ребенка и построение воспитания на этой основе.

2. *Динамичность* – способность изменять методы и формы общения и воздействия на ребенка применительно к ситуации и условиям жизни семьи.

3. *Прогностичность* – направленность воспитательных усилий в будущее, к тем требованиям, которые поставит перед ребенком его дальнейшая жизнь.

Есть четкая связь между восприятием семьей больного ребенка и возможностью ее адаптации. В отношении родителей к такому ребенку можно выделить (по В.С. Соммерсу) несколько схем поведения (таблица 2). Однако, В.С. Соммерс предупреждает, что нельзя резко разграничивать названные **типы реакций родителей**, они бывают и смешанными.

Таблица 2

Отношение родителей к ребенку с отклонением в развитии

Отношение	Реакция на дефект	Схема поведения
Принятие ребенка и его дефекта	Родитель принимает дефект своего ребенка, объективно его воспринимает, адекватно оценивает и проявляет настоящую преданность ребенку	Родители не испытывают чувства вины или неприязни к ребенку. Главным девизом считается: «Необходимо достигнуть как можно большего там, где это возможно». В большинстве случаев вера в собственные силы и способности ребенка дает родителям душевную силу и поддержку
Реакция отрицания	Отрицается, что у ребенка имеется дефект, что ребенок аномальный, что его дефект оказывает эмоциональное воздействие на них	Планы относительно образования и профессии ребенка свидетельствуют о том, что никакие ограничения не принимаются и не признаются. Ребенка воспитывают в духе честолюбия, родители настаивают на высокой успешности его деятельности
Реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки	Родителей переполняет чувство жалости и сочувствия, они защищают ребенка от всех опасностей	Мать проявляет чрезмерную любовь, родители стараются все сделать для ребенка и за него, поэтому он может долго, а иногда всю жизнь находиться на инфантильном уровне. У него формируются пассивность, несамостоятельность, психическая и социальная незрелость
Скрытое отречение,	Дефект считается позором	Отрицательное отношение и отвращение к ребенку скрываются за чрезмерно заботливым,

Отношение	Реакция на дефект	Схема поведения
отвержение ребенка		предупредительным, внимательным воспитанием. Родители педантично стараются быть хорошей матерью и отцом
Открытое отрицание, отвержение ребенка	Ребенок открыто принимается с отвращением, и родитель полностью осознает свои враждебные чувства к нему	Для обоснования враждебных чувств и преодоления чувства вины за них родитель использует психологическую защиту. Общество, врач или учителя оказываются виноватыми во всех бедах. Родитель чужой виной обосновывает свою враждебность и испытывает от этого облегчение

Крайним вариантом нарушения взаимоотношений родителей с детьми является *материнская депривация* – состояние, характеризующееся тяжелым психологическим дискомфортом ребенка, возникает в условиях постоянного отсутствия матери или резкого неприятия с ее стороны. В исследованиях, посвященных влиянию семейной ситуации на формирование тенденций поведения и личностных черт у детей, отмечается огромная роль матери. У. Роджерс пишет, что при отсутствии матери или в ситуации, когда ребенок ее видел крайне редко, он ощущал эмоциональный дискомфорт, чаще плакал, был упрям, агрессивен. Основным условием психического здоровья являются теплые отношения ребенка с матерью в раннем возрасте, обоюдная радость и удовлетворение от этих отношений. У ребенка, пережившего материнскую депривацию, в последующем могут развиваться:

- 1) поверхностные, неглубокие отношения с людьми;
- 2) отсутствие теплых чувств, неспособность заботиться о людях;
- 3) замкнутость, нежелание общаться с людьми, пытающимися ему помочь;
- 4) бедность эмоций, эмоциональная невключенность;
- 5) лживость, стремление к обману, часто ничем не мотивированные;
- 6) склонность к воровству;
- 7) неспособность сконцентрироваться на учебной деятельности.

Рассматривая все жизненные фазы семьи, имеющей ребенка с недостатками в развитии, F. Ferber пришел к выводу, что основной груз забот по уходу за ребенком-инвалидом лежит преимущественно на матери. Было проведено клиническое исследование психического состояния матерей, имеющих аномальных детей. Так выделились *две группы. Матери первой группы* отличались подвижностью, активностью. Известие о болезни или отклонениях в развитии ребенка у них вызывало выраженные депрессивные реакции длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. У некоторых матерей этому предшествовал психогенный ступор, сменявшийся, через несколько минут бурными рыданиями, отчаянием, тоскливым настроением и т.д. Вину за случившееся они брали на себя. Иногда это сопровождалось суицидальными мыслями. У женщин нарушался сон, усиливалась депрессия. По прошествии определен-

ного времени у матерей формировалось стойкое субдепрессивное настроение, часто прерывавшееся слезами и тревожными опасениями за настоящее и будущее ребенка. Такое состояние особенно сильно овладевало ими в то время, когда они не были заняты какими-либо делами, например в вечерние часы, перед сном. У женщин значительно усиливалась раздражительность, по малейшему поводу возникали вспышки гнева, затем раскаяние. Наряду с депрессией у таких матерей отмечались астенические явления: головные боли, тяжесть и сжимающие боли в груди, колебание артериального давления. С годами личностные особенности матерей претерпевали характерную динамику. Женщины становились более замкнутыми, теряли интерес к окружающему, суживался круг прежних привязанностей. Они становились как будто спокойнее, но и безразличнее.

Вторую группу составляли женщины, для которых были характерны меньшая активность, стремление к уединению, небольшой круг знакомых. В болезни или дефекте ребенка они обвиняли медицинский персонал. Сообщение о сущности нарушения у ребенка принимали достаточно спокойно. Причиной этого, вероятно, могли явиться неверные представления о нарушении в развитии ребенка, далекие от реальности. Матери не представляли в полной мере тяжести состояния ребенка. С течением времени матери осознавали положение, в котором оказались, и вместе с этим у них рождалась тенденция жить сегодняшним днем, не строить планы на будущее. У многих из этих матерей возникало депрессивное состояние: настроение заметно ухудшалось и появлялись приступы отчаяния. Периоды пониженного настроения удлинялись до нескольких суток, сопровождалась наплывами тревожно-горестных мыслей.

Таким образом, у *матерей обеих групп*, несмотря на различие психических состояний, которые можно было наблюдать вначале, в итоге обнаруживалась стойко выраженная депрессия, сопровождавшаяся чувством горя, сострадания ребенку, необходимости самопожертвования ради него.

Отцы детей, имеющих нарушения в развитии, были редкими участниками исследований. Обычно сведения об отцах аномальных детей добываются из разговора с матерями. Так, в частности, установлено, что большинство отцов реагируют на рождение аномального ребенка скорее психологическим отказом от него, и, прежде всего тогда, когда речь идет о сыне.

Большинство матерей, ухаживая за ребенком с первых дней его жизни, любят его таким, какой он есть, за то, что он существует. Отец, напротив, прежде всего, смотрит в будущее. Его больше интересует, каким вырастет его сын или дочь. При наличии тяжелого дефекта у ребенка достижение успеха невозможно. Это приводит отца к разочарованию и, если он не видит никаких перспектив, а усилия жены направлены целиком на уход за больным ребенком и она полностью поглощена своим горем, то будущее начинает видеться отцу беспросветным и он нередко уходит из семьи. Другие исследования показали, что отцы сильнее, чем

матери, чувствуют свою ущербность перед общественностью из-за очевидного дефекта у их ребенка и испытывают опасения, что поведение аномального ребенка сильно поразит окружающих.

Приведенные данные говорят о неадекватной и противоречивой позиции родителей по отношению к своим аномальным детям. Отмечается, что родители аномальных детей, с одной стороны, инвалидизируют ребенка, сопротивляются обретению им свободы и независимости, с другой – они желают более быстрого развития ребенка, преодоления социальных последствий дефекта. Родители болезненно воспринимают все неудачи ребенка в обучении и в общении с окружающими.

7.3. Семейное воспитание детей с речевыми нарушениями

Первые 6 месяцев жизни ребенок нуждается в эмоциональном общении. Этот период во многих семьях, в которых ребенок является желанным, проходит более удачно, чем остальные периоды. Иную картину можно наблюдать в семьях, где ребенка изначально не хотели, или в неблагополучных семьях.

После полугода ребенок не только общается на уровне эмоций, он учится понимать слова. Важно следить, чтобы все произносимые взрослыми звуки были четкими, ритм не слишком быстрым. Часто в семье, подлаживаясь к языку малыша, сюсюкают с ним, разговаривают, «коверкая» слова. Подобная манера общения не только не стимулирует ребенка к овладению правильным звукопроизношением, а надолго закрепляет недостатки его речи.

Речевая неполноценность обычно порождает у детей своеобразие и характерные особенности поведения. Неудачные попытки самостоятельно преодолеть трудности или замаскировать свою неправильную речь могут вызвать у них чувство собственной неполноценности, стремление отойти от коллектива, предпочтение уединения. Наблюдения за детьми с нарушениями речи подтверждают необходимость проведения целого комплекса медико-педагогических мероприятий по работе с семьей ребенка с речевой патологией.

Комплекс *медико-педагогических мероприятий*, используемый в целях коррекционного воздействия на ребенка с речевой патологией, должен включать следующие аспекты:

- особый режим;
- благоприятное отношение;
- благоприятное окружение;
- рациональное питание;
- медикаментозное лечение;
- психотерапию;

- логопедические занятия;
- воспитательную работу.

Формы работы учителя-логопеда с родителями делятся на *три* основные группы:

- *индивидуальные*: беседы; консультации; практикумы; посещение занятий; ведение тетрадей для домашних заданий;
- *групповые (коллективные)*: родительские собрания; вечера вопросов и ответов; заседания круглого стола; занятия-тренинги; совместные праздники и развлечения; дни открытых дверей; школы для родителей; родительские конференции; семейные (домашние) педсоветы; деловые игры, семинары-практикумы; кружки для родителей и детей и др.;
- *наглядно-информационные*: выставки детских работ; фотовыставки; реклама книг, статей из газет, журналов; информационный банк; стенды; папки-передвижки; библиотеки; тематические выставки; санбюллетень; информационные корзины (шкатулка, ящики) – родительская почта; памятки; рекламные буклеты, листовки, плакаты, видеоролики; телефон доверия, копилка советов и др.

При выборе форм работы учителю-логопеду необходимо реализовывать индивидуальный подход к родителям и детям. На начальных этапах взаимодействия используются индивидуальные формы работы: демонстрация матери приемов работы с ребенком, конспектирование индивидуальных занятий, выполнение домашних заданий, чтение матерью специальной литературы, рекомендуемой учителем-логопедом. При составлении индивидуальных коррекционно-развивающих программ обучения для ребенка с нарушением речи учитывается структура его речевого дефекта, общее состояние здоровья, возраст, особенности личности.

Этапы индивидуального *консультирования* родителей в условиях специальных учреждений представлены в исследованиях Т.Н. Волковской, Е.А. Стребелевой, И.В. Филипс и др. *На первом этапе* (диагностическом) устанавливаются доверительные отношения с родителями (при необходимости используется беседа, интервью, экспериментально-психологические методики).

Второй этап проводится по итогам обследования ребенка. Учитель-логопед информирует родителей о состоянии речевого, в целом психического развития ребенка, разъясняет меры помощи с учетом структуры дефекта, планирует последующие встречи с целью обсуждения динамики продвижения ребенка.

На третьем этапе консультирования, который соотносится с собственно коррекционной работой, решаются следующие задачи: повышение уровня педагогической компетентности родителей через расширение круга знаний в области дефектологии, включение родителей в систему оказания коррекционной помощи. Наиболее эффективными формами взаимодействия учителя-логопеда и родителей являются: совместные об-

суждения с родителями хода и результатов коррекционной работы, выработка рекомендаций по преодолению негативных тенденций в развитии ребенка, проведение индивидуальных практикумов по обучению родителей (артикуляционная, дыхательная, голосовая гимнастики).

Четвертый этап (заключительный) консультирования носит рекомендательный характер. Позитивным результатом этого этапа становится изменение отношения родителей к ребенку в сторону принятия его особенностей.

Одной из эффективных форм работы с родителями являются *консультации*, тематика которых разнообразна: «Как подготовить ребенка с нарушением речи к школе?», «Обучение чтению детей с нарушениями речи», «Профилактика голосовых нарушений у детей», «Предупреждение заикания у детей» и т.д. Повышение психолого-педагогических знаний родителей осуществляется в процессе *индивидуальных и групповых тренингов для родителей*.

Выбор групповых форм взаимодействия учителя-логопеда с родителями определяется степенью их готовности к сотрудничеству. Так, групповая форма работы с родителями, имеющими низкую мотивацию, может быть рекомендована со второй половины учебного года. Одной из распространенных групповых форм работы с родителями является *родительское собрание*. Например, *первое родительское собрание* в условиях дошкольного учреждения проводится в конце сентября. На этом собрании учитель-логопед освещает вопросы о необходимости специального обучения детей с нарушениями речи, анализирует результаты логопедического обследования детей (с указанием на общие трудности, а в ходе индивидуальных бесед информирует родителей о результатах обследования их ребенка); сообщает об организации и содержании работы в течение года; информирует о принятии дополнительных мер при наличии сопутствующих основному дефекту нарушений (наблюдение и лечение при нарушениях мышечного тонуса, заболеваниях органов зрения, слуха и т.д.). Полезно дать послушать родителям записи речевых высказываний детей, полученных при первичном обследовании. *Второе родительское собрание* проводится по итогам работы первого полугодия – в январе. На нем обсуждаются вопросы динамики продвижения детей, задачи и содержание обучения на второе полугодие. По итогам учебного года (в мае) организуется *третье родительское собрание*, на котором приводятся данные повторного обследования детей, предлагаются рекомендации по их дальнейшему обучению и воспитанию.

Семинары-практикумы для родителей взаимосвязаны с групповыми консультациями и способствуют формированию необходимых практических умений у родителей. Тематика семинаров-практикумов включает:

- использование артикуляционной гимнастики в коррекционной работе по формированию правильного произношения;

- формирование графических навыков у детей с целью подготовки руки к письму;
- обучение детей связной речи с использованием графических схем;
- развитие моторики пальцев рук;
- обучение детей сравнению предметов;
- развитие пространственных и временных представлений у детей в период подготовки к школе и др.

Тетрадь для домашних заданий содержит материал, на основе которого родители отрабатывают произношение (слоги, слова, чистоговорки, стихи, загадки, рассказы). В тетради содержатся упражнения, развивающие артикуляционную моторику, речевое дыхание, голос и т.д. Первое время предлагаемые на дом задания подробно разбираются с детьми, родителями. Важно акцентировать внимание родителей на выполнение этих заданий и поощрение желания ребенка их делать.

Стенды для родителей учитель-логопед оформляет совместно с другими специалистами, обновляя материал не реже одного раза в месяц. На стенде может размещаться материал по формированию звукопроизношения детей, совершенствованию грамматических средств речи, развитию познавательных процессов, рекомендации родителям по предупреждению и преодолению речевых нарушений, игры и упражнения, текущая информация для родителей и др.

Для согласования работы всех служб учреждения эффективной формой работы с родителями является «*информационная корзина*». В уголке для родителей размещаются памятки, тексты письменных консультаций, тематические выставки и другой материал.

Таким образом, перспективными формами работы учителя-логопеда с родителями являются:

- создание справочно-информационного банка данных по вопросам воспитания и обучения детей с нарушением речи;
- обеспечение преемственности в работе с родителями между учреждениями, оказывающими логопедическую помощь;
- привлечение средств массовой информации к проблемам профилактики и преодоления речевых нарушений у детей.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте термин «социализация». Назовите условия и критерии социализации.
2. Дайте определение семьи как малой группы.
3. Назовите функции семьи.
4. Назовите типы искаженного родительского отношения.
5. Расскажите об этапах принятия семьей дефекта ребенка.
6. Что такое семейная (материнская) депривация?

7. В чем заключается работа с семьей детей с нарушениями речи?
8. Какие существуют формы организации работы с семьей, имеющей ребенка с речевой патологией?
9. Составьте план родительского собрания в логопедическом детском саду.
10. Опишите 1–2 диагностические методики детско-родительских отношений.
11. Составьте конспект индивидуального занятия с ребенком, имеющего нарушения речи, причина которых тяжелые внутрисемейные отношения.

Литература: 3, 25, 52, 62, 76, 110, 115, 124, 133, 141, 169.

ГЛАВА 8. КОММУНИКАТИВНАЯ СФЕРА ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

8.1. Языковая и коммуникативная способность

Под *речевым общением* понимается такая активность взаимодействующих людей, в ходе которой они с помощью знаков, в том числе и языковых, организуют свою совместную деятельность. В рамках теории речевой деятельности языковая и коммуникативная способности рассматриваются как ВПФ, которые в своем становлении детерминированы деятельностью.

Коммуникативная способность – более широкое понятие, чем языковая способность, включает и экстралингвистические факторы, подразумевает наличие совпадения мотивационной и познавательной базы у субъектов общения.

Языковая способность – наличие у индивидуума врожденных предпосылок к овладению системой языка, потенциальные возможности осуществлять на неосознанном, интуитивном уровнях процессы речевого и языкового анализа, синтеза и обобщения на ранних этапах своего развития.

При специфических нарушениях речевого развития органического генеза наблюдается недостаточность собственно языковой способности – *несовершенство речемыслительных процессов*, проявляющееся либо на всех структурных уровнях языка одновременно (лексика, грамматика, фонетика, фонематика), либо избирательно, например, на фонетико-фонематическом или грамматическом уровне. Такие дети, заучив самостоятельно или в ходе коррекционного обучения некоторое количество ядерных моделей, не могут создать на их основе «своего» нового высказывания. Тем самым не реализуется *креативный принцип языковой способности* (по Н. Хомскому).

Можно предположить, что дефектность собственно языковой базы (сужение словарного запаса, аграмматизм, несформированность звуковой стороны речи) является причиной возникновения трудностей при общении, а в наиболее выраженной форме, приводит к упорному отказу от речевой коммуникации. Таким образом, *языковая некомпетентность* является первичным дефектом по отношению к нарушениям коммуникативной способности.

Поскольку *коммуникация* – один из видов произвольной деятельности, необходимо подчеркнуть, что успешность вербального общения обеспечивается достаточно высоким уровнем самоорганизации индивидуума, так как *общение* – специфическая форма координированной активности нескольких лиц. Диалог, по мнению лингвистов, более сложен, чем монолог, так как в нем, наряду с характерной для этой коммуникативной деятельности сменой говорящего, происходят существенно более сложные процессы, чем в монологе. Это касается, прежде всего, сложной иерархии целей.

При протекании диалога нельзя рассматривать одного партнера в качестве ведущего (говорящего), другого – как реципиента (слушающего). В ходе коммуникации оба участника рассматриваются как равноправные субъекты, при этом реципиент, оценивая текущий процесс со своих собственных позиций, решающим образом может влиять на дальнейший его ход, например, при непонимании отдельных деталей или высказывания в целом.

Немаловажную роль в общении играет общность у коммуникантов психических образов, связанных с языковыми значениями. При передаче языкового сообщения основную нагрузку несут языковые знаки. Осмысление сообщения на начальном этапе происходит при помощи языковых значений.

Для осуществления речевого взаимодействия субъектов необходимо наличие у них соотносимых друг с другом предварительных знаний об окружающем мире и общность денотатов, или «личностных смыслов», лежащих в основе значений языковых единиц различного уровня.

8.2. Коммуникация на ранней стадии онтогенеза

По данным Е.Г. Федосеевой (1997), на ранней стадии онтогенеза в доречевой период у ребенка уже идет формирование предпосылок вербальной функции речи. Однако при *дизартрии* наблюдается отсутствие крика в течение продолжительного времени или его слабость, истощаемость, недоразвитие интонационной выразительности, не развивается модуляция голоса. Отсутствие коммуникации на уровне модулированного крика тормозит дальнейшее развитие звеньев речевой системы.

При *нарушении речевого развития органического генеза* из-за нарушений артикуляционного аппарата, дыхания, голоса наблюдается отсутствие и бедность лепета. Запаздывающий и отличающийся бедностью

звукового состава, интонационной выразительности лепет не может создать базу, на которой может развиваться полноценное общение ребенка.

Отмечается позднее речевое развитие у детей с *алалией*, все компоненты речи появляются у них со значительной задержкой, характерным является бедная эмоциональная выразительность лепета и первых слов.

Довербальный период характеризуется началом эмоционального общения ребенка со взрослым, он является стержнем их взаимоотношений в подготовительный период развития речи. Функцию общения в этом возрасте выполняет «комплекс оживления» – взгляд, улыбка, двигательная реакция, вокализация.

Нарушение силы голоса, бедность интонаций затрудняют на этапе эмоционального общения процесс коммуникации детей с речевыми нарушениями, у ребенка нет потребности в общении со взрослыми, общение не является ведущей деятельностью в психическом развитии ребенка в этот период.

Иногда выявляются *трудности эмоционального контакта*. Так, при *дизартрии* недостаточная подвижность органов артикуляции, амимичность затрудняют эмоциональное общение ребенка. Комплекс оживления возникает с трудом и выражен слабо, имеет смазанную форму. Ребенок не может копировать мимику, адекватно выражать боль, радость. Отмечаются трудности при зрительном сосредоточении, с большим опозданием появляется улыбка, часто она недифференцированная.

Таким образом, нарушения речи тормозят развитие процесса коммуникации, общение не реализуется в полном объеме уже на первых этапах развития и далее формируется своеобразно. Особенностью дизонтогенеза развития речи является стойкое и длительное отсутствие речевого подражания взрослому голосовыми проявлениями, звуками, слогами, словами.

В ряде случаев при речевом недоразвитии дети пользуются невербальным общением, это приводит к ограничению активного словаря: первые слова могут появиться только к двум, трем годам жизни. Отсутствие языковых средств и речевой практики приводят к тому, что общение детей ограничено.

8.3. Вербальная коммуникация дошкольников при речевых нарушениях

О.С. Павлова (1997) указывает, что у дошкольников с ОНР уровень коммуникативных умений зависит от: *специфики становления межличностных отношений* (характер взаимодействия со сверстниками, членами семьи, педагогами); *закономерностей организации совместной деятельности* (направленность усилий на достижение общего результата); *степени зрелости языковых средств* (структурно-семантическая органи-

зация речевой продукции, возможность использования паралингвистических средств).

Ею выделено **4 уровня сформированности коммуникации**. Так, к *первому уровню* (10%) отнесены дети, отличающиеся достаточной сформированностью всех операциональных звеньев коммуникации: находясь в благоприятных статусных категориях в общении со сверстниками, они являлись организаторами совместной деятельности, охотно вступали в контакт со взрослыми, общаясь на уровне внеситуативно-личностной и внеситуативно-познавательной форм общения. По состоянию своего когнитивного и речевого развития дошкольники данного уровня значительно опережали остальных испытуемых, используя для общения достаточно развернутую фразовую речь с элементами аграмматизма.

Ко *второму уровню* были отнесены дошкольники (44%), которых характеризовала яркая и избирательная направленность по отношению к сверстнику. Их контакты со сверстниками носили чаще поверхностный характер, а игровые сюжеты, организованные ими, быстро затухали, т.к. дети не вносили в игру конструктивных предложений. К общению со взрослыми испытуемые не стремились. Речевой статус характеризовался ОНР III уровня.

Третий уровень (22%) представлен испытуемыми, чьи коммуникативные устремления были направлены скорее на взрослого, чем на сверстника. В совместной с детьми деятельности они выступали на ведомых ролях, находясь чаще в не принятых статусных категориях. Дети могли долго общаться с родителями и воспитателями, чаще в процессе совместной игры. По уровню когнитивного и речевого развития они значительно отставали от детей предыдущих групп. Стойкие недостатки операциональной стороны коммуникативного акта заметно затрудняли их отношения со сверстниками.

К *четвертому уровню* (24%) отнесены дети с ограниченной коммуникацией. У них отсутствовала стойкая мотивация в общении, наблюдалась недостаточность мыслительных операций. Несформированными оказались отношения как со сверстниками, так и со взрослыми. Речевая активность была мала, речь сопровождала конкретные предметные действия с привлечением большого количества примитивных жестов. Имели место стойкие нарушения всех звеньев коммуникативного акта: мотивов и целей речевой коммуникации, его внутреннего программирования и внешней реализации.

Таким образом, итоги проведенного О.С. Павловой эксперимента позволяют говорить, что дети с ОНР представляют собой неоднородную категорию с точки зрения сформированности всех компонентов коммуникативной деятельности.

Исследования М.И. Лисиной (1978) показали, что динамика общения со взрослым у детей от рождения до 7 лет представляют собой смену

целостных форм общения, каждая из которых характеризуется особым содержанием потребности в общении, ведущим мотивом. Выполненное в этом направлении исследование И.В. Кондуковой (1997) показало, что *общение* дошкольников с ОНР в основном представлено *ситуативно-деловым и внеситуативно-познавательным уровнями*. При *ситуативно-деловом уровне* общения (40%), дети выбирали ситуацию совместной со взрослым игры, чувствовали себя в ней комфортно, проявляли инициативу в общении, обнаруживали желание максимально продолжить эту ситуацию. Дети участвовали в беседах на познавательные темы, однако в этих ситуациях были скованными, не всегда проявляли интерес к деятельности, у них отсутствовала инициатива.

Анализ речевых контактов ребенка со взрослым показал, что речевые высказывания их носили ситуативный характер. Преобладали несоциальные высказывания о предметах, животных, игрушках: по функции это были обращения за помощью, вопросы, связанные с деятельностью, по содержанию – высказывания информативно-констатирующего характера.

При *внеситуативно-познавательном уровне* (50%) дети с ОНР предпочитали ситуацию познавательного общения, хотя устойчивого интереса к содержанию бесед не проявляли. Они редко выходили за пределы вопросов, связанных с наглядным материалом, с трудом поддерживали беседу без наглядных опор. По некоторым показателям поведения с внеситуативно-познавательной формой общения у большинства детей конкурировала ситуативно-деловая форма. В беседе у детей наблюдалась большая речевая активность, однако личностные контакты со взрослым носили преимущественно ситуативный характер.

У воспитанников массового сада в беседах на познавательные темы зафиксировано большее число инициативных речевых высказываний. Внеситуативные контакты со взрослыми составили основное содержание всех их познавательных контактов. Эти испытуемые организовали дискуссии на познавательные темы, устойчиво сохраняли интерес к материалу бесед на протяжении всего занятия.

При *внеситуативно-личностном уровне* общения со взрослым (10%) дети с ОНР выбирали ситуацию личностного общения, именно в ней проявляли себя наиболее активно, чувствовали комфортность. В общении преобладали социальные, ситуативные, а по содержанию констатирующие высказывания. В познавательной беседе проявляли значительную речевую активность, задавали взрослому вопросы, в совместной игре зафиксированы деловые контакты.

Таким образом, *наиболее типичным для детей с ОНР является ситуативный характер общения. Даже в ситуациях познавательного, личностного общения преобладающее число контактов носило ситуативный характер, что, по-видимому, обусловлено их общим психическим недоразвитием: бедностью знаний, недостаточной сформированностью саморегуляции и контекстной речи.*

Ряд исследований, опирающийся на показатели межличностных отношений в дошкольной группе, выявил, что среди «непринятых» и «изолированных» чаще всего оказываются дети, которые *плохо владеют коммуникативными средствами* (О.А. Слинко, 1992; Л.Г. Соловьева, 1996, 2007). Так, по данным Л.Г. Соловьевой (1996), коммуникативная некомпетентность детей с ОНР выражается в снижении потребности в общении, незаинтересованности в контакте, неумении ориентироваться в ситуации общения, проявлении негативизма.

С.Л. Белых и И.А. Гришанов (2000) отмечают, что дети с нарушениями речи испытывают значительные трудности в общении: объективные (само проявление речевых недостатков) и субъективные (чувство неполноценности). Они указывают на особенности личности таких детей: неуверенность в своих поступках, страх самовыражения, чувство неполноценности, депрессивность, низкую сопротивляемость стрессу.

Дети с речевыми нарушениями особенно чувствительны к неблагоприятным влияниям социума. Часто оказываясь изолированными от других детей группы, логопаты не участвуют в играх, общих мероприятиях, подвергаются насмешкам со стороны сверстников и педагогов, что ведет к усугублению эмоционально-волевой сферы, порождает тревожность, ожидаемость и прогнозируемость внутренних переживаний, снижает самооценку, в дальнейшем приводит к отклонениям в развитии личности (О.Е. Грибова, 1995; Н.В. Иванова, 2007).

Кроме этого, *положение ребенка в коллективе сверстников* тесно связано со *степенью тяжести речевого дефекта*. Так, дети, занимающие высокое положение в системе личных взаимоотношений, имеют сравнительно хорошо развитую речь, в то время как среди детей, занимающих неблагоприятное положение, есть дети с положительными качествами личности, хорошим поведением, но с более тяжелым речевым дефектом, который и является определяющим в иерархии межличностных отношений (О.А. Слинко, 1992).

Исследование взаимосвязи личностного развития и коммуникации дошкольников с ОНР (И.Ю. Левченко, Г.Х. Юсупова, 2007) позволило в зависимости от уровня коммуникативных нарушений и степени переживания речевого дефекта выделить *три группы*. Так, дети *первой группы* не демонстрировали переживания речевого дефекта, трудности речевого контакта. Они активно общались со взрослыми и сверстниками, широко использовали при этом невербальные средства общения.

Дети *второй группы* имели трудности в установлении контакта с окружающими, не стремились к общению, на вопросы старались отвечать односложно, избегали ситуаций, требующих использования речи, демонстрировали умеренное переживание дефекта, в игре прибегали к невербальным средствам общения.

У детей *третьей группы* отмечался речевой негативизм, который выражался в отказе от общения, замкнутости, были зафиксированы агрессивность, заниженная самооценка. Дети избегали общения со взрослыми и сверстниками, в игре не пользовались вербальными средствами, на логопедических занятиях в речевой контакт вступали только после длительной стимуляции.

Таким образом, анализ исследований дает возможность выделить условия, активизирующие речь ребенка: *овладение на определенном уровне системой языка, наличие потребности в общении, вовлечение ребенка в доступную деятельность*. Все три условия должны решаться параллельно.

8.4. Вербальная коммуникация младших школьников при речевых нарушениях

Крайняя ограниченность словарного запаса у детей с ОНР рассматривается как один из определяющих факторов, препятствующих их речевому общению. Дети к 6–7 годам владеют достаточным запасом общеупотребительных слов – существительных и глаголов, обозначающих повседневные действия. Даже в том случае, когда они не могут правильно воспроизвести их звуковой образ, дети достаточно уверенно узнают их в речевом потоке или воспроизводят в самостоятельной речи. Высказывания, используемые ими в бытовой речи, как правило, грамматически просты и лаконичны.

Трудности коммуникации могут возникнуть в двух случаях – если в силу каких-либо социальных причин не совпадают денотаты (например, ребенок, рассказывая о своей поездке в деревню, называет имена родственников, о которых собеседник ничего не знает) или – если при общении со взрослым знакомая лексика включается в сложные грамматические конструкции (инверсию, многоступенчатые инструкции, сравнительные конструкции и т.п.).

Использование педагогом грамматических форм, не усвоенных детьми или редко употребляемой лексики, приводит к тому, что учащиеся начинают ориентироваться не на смысл услышанного, а на звуковую форму.

Сложно обстоит дело с *терминологией*. Неумение осуществить некоторые мнемотехнические приемы по запоминанию звуковой оболочки слов – терминов, неспособность установить смысловые связи, лежащие в основе их лексического значения, приводят к трудностям их усвоения и использования в самостоятельной речи.

В первых классах школ было выявлено несколько *общих закономерностей*, характерных при наложении двух типов (языкового и коммуникативного дефицита), характерных для детей с ТНР:

- дети не умеют обращаться с просьбами;
- они никогда не задают уточняющих вопросов по ходу объяснения

материала или задания (если не считать просьбу повторить задание целиком);

- они лучше ориентируются в инструкциях, направленных на их предметную деятельность, чем на познавательную;

- на уроке их активная речь, как правило, обращена к учителю (имеются в виду высказывания по поводу урока);

- они зачастую воспроизводят реплики своих товарищей без дополнительной умственной переработки («эффект эха»);

- любое переключение с одного вида деятельности на другой сопровождается своеобразным «взрывом» вербальной активности эгоцентрической направленности.

При возникновении потребности в том или ином предмете, которым ребенок не может себя обеспечить сам, он, вместо того чтобы попросить этот предмет у взрослого, просто сообщает о своей потребности, ожидая от педагога или другого взрослого соответствующей реакции. Обычно в такой ситуации первоклассник, обращаясь к педагогу, начинает свое высказывание со слов: «Мне нужно», «Я хочу», «У меня нет».

Таким образом, *обращение за помощью* заменяется *сообщением о потребности*. Причем высказывание ребенка как бы зависает в воздухе, поскольку не включает обращения или имени адресата. Однако свое безадресное высказывание ученик будет повторять бесчисленное количество раз до тех пор, пока на него не обратит внимание предполагаемый партнер по общению, т.е. отсутствие адреса и неточность формулировки высказывания возмещаются за счет многократного повторения. Постепенно в процессе обучения и воспитания ученик начинает использовать несколько иную форму высказывания – *обращение за разрешением*: «Можно..?», в ответ, на которое, он ожидает не столько словесного согласия, сколько реальной помощи в удовлетворении потребности.

По данным О.В. Трошина, Е.В. Жулиной (2005), среди учеников 1-го класса можно выделить группу детей, испытывающих *специфические трудности при восприятии инструкций*. Эти первоклассники не могут «включиться» в задание, которое адресовано всему классу в целом и не содержит непосредственного обращения к ним. Не слыша своего имени или не установив зрительного контакта с педагогом, такие ученики не реагируют на речевую продукцию взрослого или другого ребенка. Они требуют повторить задание снова, независимо от того, сколько раз оно перед этим звучало.

Особые проблемы встают перед учителем при переходе к *использованию сложных (многоступенчатых) инструкций*. Первоклассники усваивают либо первую, либо последнюю ее часть. Проблема восприятия многоступенчатых инструкций остается актуальной вплоть до старших классов речевой школы. Есть некоторые специфические черты, присущие восприятию учащихся с ТНР:

- дети более охотно выполняют инструкции, требующие от них конкретных действий («Открой», «Реши», «Запиши»);

- дети игнорируют указываемые в инструкции способы действия или другие уточнения. Если же учитель просит выполнить несколько действий подряд, то они часто рассматриваются учащимися как изолированные, не связанные между собой.

Успешность выполнения многоступенчатой инструкции возрастает в том случае, если дети проговаривают ее для себя. При этом идет активный процесс осознания смысла высказывания и, кроме того, спонтанно формируется инициальная мотивация коммуникации. Проговаривание сопровождает любую инструкцию учителя, создавая дополнительный шумовой фон в классе.

Самостоятельная связная речь у учащихся, поступающих в 1-й класс, находится в зачаточном состоянии. Большинству из них доступны повествовательные рассказы по впечатлению, состоящие из перечисления ряда конкретных действий. Но стоит одному из учеников с более сохранный речью рассказать о проведенном им выходном дне, как его рассказ становится образцом, по которому строятся самостоятельные высказывания остальных учеников.

Тенденция к имитации образца, свидетельствующая об отсутствии *креативного подхода к речевому высказыванию*, на определенном этапе может рассматриваться как положительное явление. Если одновременно с развитием имитативных способностей проводится целенаправленная работа по формированию навыков анализа, умения критически относиться к собственной речевой продукции, а также по осознанию смысла услышанной вербальной информации, ученики начинают активно отказываться от подсказок и критически осмысливать высказывания своих товарищей.

8.5. Мотивация общения

В связи с нарушением всех компонентов деятельности у таких детей наблюдаются и изменения мотивационного звена общения. Рассмотрим один из важнейших мотивов общения – мотив аффиликации.

Мотив аффиликации актуализируется и удовлетворяется только в общении людей. Он обычно появляется как стремление человека наладить добрые, эмоционально положительные взаимоотношения с окружающими.

В связи с нарушением речи у детей наблюдается нарушение мотива аффиликации, который зачастую заменяется *мотивом отвергания*, проявляющимся в боязни быть непринятым, отвергнутым значимыми людьми. Доминирование у человека мотива отвергания формирует стиль его общения с окружающими, что ведет к неуверенности, скованности, неловкости, напряженности.

Речевая деятельность нужна для общения. У детей с речевой патологией количество целей общения значительно уменьшается в силу имеющегося дефекта, преобладает ситуативное общение в пределах бытовой тематики.

Таким детям свойственно сужение возможностей коммуникации. Коммуникативная способность включает в себя экстралингвистические факторы, а также подразумевает наличие совпадений мотивационной и познавательной базы субъектов общения.

Низкий уровень языковой способности определяет и низкий уровень коммуникации, что, в свою очередь, усложняет процесс учебной (коррекционной) коммуникации, поскольку именно коммуникативная способность (способность адекватно целям обучения и воспитания организовывать неречевое и речевое взаимодействие логопсихолог–ребенок) является одним из условий успешности обучения в целом. Поэтому важно расширять коммуникативные способности ребенка с целью формирования и развития у него смысловой системы и связи личности с миром.

Становление речевой деятельности как первичной по отношению ко всем другим видам деятельности очевидно. Поскольку речь тесно связана со всеми ВПФ, она соответственно влияет на ход формирования и развития всех видов деятельности ребенка. Ввиду изменений личности ребенка с речевой патологией измененными оказываются и мотивы деятельности.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте сравнительную характеристику коммуникативной и языковой способности.
2. Назовите формы вербальной и невербальной коммуникации в раннем возрасте при речевых нарушениях.
3. Охарактеризуйте коммуникативные нарушения у дошкольников и младших школьников с речевой патологией.
4. Составьте 2–3 конспекта логопедических занятий с детьми дошкольного возраста по совершенствованию успешной коммуникации в группе.

Литература: 8, 24, 34, 35, 57, 60, 139, 140, 157.

ГЛАВА 9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ЛОГОПСИХОЛОГИИ

В связи с наличием *двух подходов* к проблеме речевой патологии и, в частности к вопросам диагностики, когда одни специалисты пользуются *педагогической* терминологией в определении речевого дефекта, другие же применяют *клиническую* терминологию, между логопедами и врачами возникает путаница, утрачивается необходимое общее понимание природы дефекта, что снижает эффективность коррекционных мероприятий.

В исследованиях, посвященных качеству диагностических заключений, отмечается разноречивый характер определений в квалификации речевых дефектов. В связи с этим особенно остро стоит вопрос о роли диагноза, поскольку исследование ребенка с речевым дефектом, а также с другими видами отклонений в психофизическом состоянии должно начинаться с установления диагноза. Так, например, вопрос диагностики **алалии** в раннем возрасте является довольно трудным. Алалию часто смешивают со сходными состояниями, другими формами речевых нарушений: с глухотой, с тугоухостью и задержкой речевого развития, с недоразвитием речи при умственной отсталости, с псевдоалалическим синдромом, с афазией и др. Вот, например, некоторые отличия этих состояний.

Моторная алалия и легкая степень умственной отсталости (интеллектуальной недостаточности)

Отсутствие речи при алалии резко ограничивает полноценное развитие и общение ребенка с окружающими, что приводит к постепенному отставанию в умственном развитии, которое носит вторичный характер, т.е. отсутствие речи может обусловить задержку умственного развития, вследствие чего неговорящий может несколько отличаться по развитию от своих сверстников, не будучи умственно отсталым.

Общее при алалии и умственной отсталости:

- позднее появление речи: к трем–четырем–пяти годам;
- похожий лепет;
- очень малый запас слов.

Отличия алалии и умственной отсталости

Дети-алалики существенно отличаются от умственно отсталых: по мере становления речи и под воздействием специального обучения интеллектуальное отставание постепенно исчезает. В отличие от умственно отсталых алалики демонстрируют разумное поведение: адекватно ориентируются в окружающей обстановке, в быту; понимают обиходную речь, жесты, правильно выполняют посильные и доступные для них поручения, простые задания. Так, между алалией и легкой умственной отсталостью имеются следующие отличия.

Моторная алалия и легкая степень умственной отсталости (интеллектуальной недостаточности)

Дети-алалики	Дети с легкой умственной отсталостью
Раньше начинают понимать речь окружающих; понимание тонких грамматических изменений слов улучшается по мере развития их речи и в какой-то мере приближается к норме	Несмотря на расширение лексики и овладение фразой, понимание их речи никогда не достигает нормы
Активно используют имеющиеся словесные средства общения, например, лепетные слова, звукоподражания, отдельные общеупотребительные слова, обрывки лепетных предложений и др., а также паралингвистические средства: жесты, мимику, пантомиму, интонацию	Используют примитивные жесты, которые не могут заменять речевое общение, сопровождать его
Пассивный словарь пополняется очень быстро и значительно шире активного	Нет резкого расхождения между активным и пассивным словарем
Характерна вариативность слов, отсутствуют штампы в речи	Противоположные явления
Постепенно начинают пользоваться фразой, но речь всегда содержательна, например: «Мама лес пошла»	Во фразе нет смысла, хотя аграмматизм может и не быть, например: «Доброта пошла гулять в лес»
Хорошо ориентируются в невербальных заданиях	Из-за недостатков мышления и познавательной деятельности плохо ориентируются в предъявляемом им незнакомом задании
Произношение звуков автоматизируется быстрее, лучше; часть звуков, сложных в произношении, появляется спонтанно по мере расширения словаря и не требует логопедической коррекции	Произношение звуков автоматизируется долго, артикуляционные уклады звуков могут распадаться
В играх, в учебной деятельности действуют целенаправленно, хорошо используют помощь, контролируют себя	В играх, в учебной деятельности действуют нецеленаправленно, не используют помощь, не контролируют себя

Моторная алалия и задержка речевого развития (ЗРР)

Дети-алалики	Дети с задержкой речевого развития
Алалия связана с органическим поражением центральной нервной системы	Задержка речевого развития может быть связана с соматической ослабленностью, педагогической запущенностью
У алаликов нарушена программа речевой деятельности; не сформирована мотивация речи; они не могут связно рассказывать; нарушена слоговая структура слов, структура фразы	У детей с задержкой речевого развития имеется программа высказывания; сформирован мотив деятельности; нет речевого негативизма; нет структурных нарушений
Недоразвитие речи у алалика не преодолевается спонтанно; необходима коррекционно-педагогическая работа, которая должна носить системный характер	Задержка речевого развития может преодолеваться спонтанно
Речевое недоразвитие у алаликов не преодолевается полностью даже при систематических логопедических занятиях	Дети с задержкой речевого развития могут полностью преодолеть отставание в развитии речи и обучаться в массовой школе

Алалия и псевдоалалический синдром

В числе детей с ДЦП могут быть дети с алалией и дети с псевдоалалическим (ложным алалическим) синдромом. Так, речь детей с псевдоалалическим синдромом развивается с задержкой. В возрасте от 1 года до 3 лет эти дети по картине развития речи напоминают алаликов.

В 4 года отмечается выраженное отклонение от нормального речевого развития. К 7 годам речь таких детей приближается к норме.

При псевдоалалическом синдроме имеют место такие симптомы: речевой негативизм; повышенная тормозимость речевой функции: пугливый, затрудняется при необходимости высказаться (знают, а высказать не могут); испытывают трудности при заучивании наизусть; их пассивный словарь значительно шире активного. В отличие от алаликов, у детей с псевдоалалическим синдромом нарушения устной речи не всегда проявляются на письме.

Алалия и афазия

Общее при алалии и афазии:

- характеризуются полным или частичным нарушением всей речевой системы, всех ее компонентов и сторон, что делает в той или иной степени невозможным осуществление основной функции речи – общения с окружающими;
- как вторичные явления имеют место нарушения процессов мышления и изменения всей личности, поведения человека; в результате сложности нарушений наблюдаются различные степени тяжести и большое разнообразие форм алалии и афазии;
- все исследователи выделяют две основные формы алалии и афазии: моторную и сенсорную; такое деление не отражает всего многообразия этих нарушений, но является оправданным, т.к. основными конструктивными компонентами речевой системы являются моторный (двигательный) и слуховой (сенсорный).

Алалия и афазия

Алалия	Афазия
Термином «алалия» принято называть случаи глубокого системного <i>недоразвития</i> речи	Термином «афазия» называют системный <i>распад</i> уже сформировавшейся речи
Работу с алаликами характеризуют как <i>воспитание</i> речи	Работу с афазиками характеризуют как <i>восстановление</i> речи
У алалика нет желания говорить, речь может практически отсутствовать	У афазика (в незапущенных случаях) сохранено стремление говорить, остаются некоторые слова, фразы; может сохраняться письменная речь, это облегчает восстановление и дальнейшее развитие речи

Распространенной ошибкой является отнесение любого **неговорящего ребенка (алалика)** к категории **аутистов**. Дифференциальная диагностика в этом случае сложна, так как объектом является маленький ребенок, поведение которого еще не имеет стойких и четко определяемых патологических признаков, по которым можно было бы однозначно установить диагноз. Стандартные методики исследования интеллекта говорят о том, что примерно $\frac{2}{3}$ аутичных детей имеют задержку умствен-

ного развития, а примерно 10% обладают развитыми способностями в какой-нибудь области: математические вычисления, музыка, рисование, поговорки, мозаики, некоторые обладают энциклопедическими знаниями в интересующей их области.

Ранний детский аутизм (РДА) и алалия

РДА	Алалия
Нарушено формирование эмоционального личностного контакта с окружающим миром	Указанное нарушение не наблюдается совсем или оно не имеет резко выраженного «глобального» характера
Практически не используется «язык» мимики и жестов	Мимика и жестикуляция достаточно развиты и используются вместо словесной речи
Поведение и реакции на окружающее часто непредсказуемы и непонятны	Отмечаются, как правило, дифференцированные и адекватные реакции; дети в состоянии учитывать изменения ситуации
Характерны разнообразные нарушения «моторного» поведения: своеобразное вращение кистей рук перед глазами, потряхивание руками и предметами, раскачивание туловища, необычные повороты тела	Наблюдаются различные нарушения двигательной сферы как в области общей, так и мелкой моторики. Своеобразные неадекватные стереотипичные движения отсутствуют
Могут наблюдаться различные варианты интеллектуального развития: нормальное, ускоренное, резко задержанное и неравномерное, различные степени умственной отсталости	Наблюдается картина своеобразной задержки интеллектуального развития; при этом, прежде всего, страдают интеллектуальные процессы, связанные с речевой деятельностью
Речь (речевая деятельность) на ранних этапах онтогенеза может развиваться нормально, а затем (обычно в возрасте до 30 мес.) ребенок может перестать пользоваться устной речью	Выраженная в той или иной степени задержка в овладении речью, замедленное формирование речевой деятельности. Отмечаемый у некоторых детей речевой негативизм не приводит к полному отказу от речевого общения
Невозможность или боязнь взглянуть в лицо человека, в его глаза, общения с ним один на один. При настойчивом стремлении войти в контакт у ребенка может нарастать тревога, страх, может начать вести себя агрессивно по отношению к себе или к другим людям	В большинстве ситуаций активно используют зачатки речи, как вербальной, так и невербальной, имеют хорошо развитую мимику и жестикуляторную речь

Возникает ряд трудностей в дифференциации моторной и сенсорной алалий.

Моторная алалия	Сенсорная алалия
Сохранное восприятие речи на перцептивном уровне; обращенную речь понимает, причем понимание возможно без опоры на зрительное восприятие артикуляции	Восприятие речи нарушено; обращенную речь не понимает
Хорошее слуховое внимание к речи	Безразличен к звукам человеческого голоса, наблюдается явление «гиперакузии» – повышенной чувствительности к неречевым звукам (капание воды, шум открывающейся двери и др.), к которым безразлично относятся окружающие
Отсутствует эхолалия	Присутствует эхолалия
Невозможность повторения слогов, слов, фраз	Многое повторяют, но не понимают повторенного
Наблюдается более активное речевое поведение, широко используют мимико-жестикуляторную речь, мелодику, звукоподражания, «звуковые жесты»	Не вступают в контакт, не пользуются мимикой, жестами
Более выражена динамика в усвоении языка при его спонтанном и направленном формировании	Менее выражена динамика в усвоении языка при его спонтанном и направленном формировании

Сенсорная алалия и нарушения слуха (тугоухость)

С.Н. Шаховская (1998) выделила некоторые диагностические показатели для разграничения ребенка с сенсорной алалией (трудности понимания обращенной речи) и ребенка с нарушением слуха (трудности различения обращенной речи).

Сенсорная алалия и тугоухость

У ребенка с сенсорной алалией отмечается <i>мерцающее непостоянство слуховой функции</i> : то он слышит и понимает более тихое звучание, то не воспринимает более громкого	У слабослышащего устойчивый порог (уровень) восприятия, ниже которого дифференциация звуковых сигналов становится невозможной
Непостоянство показателей аудиометрического исследования. Наиболее близкие совпадения на 8–10 аудиограммах	Постоянство показателей аудиометрического исследования (снижение слуха)
Увеличение громкости обращенной речи не улучшает понимание речи	Увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание речи
Использование слуховых аппаратов не улучшает восприятие речи. Дети жалуются на боль в ушах, в голове; усиление звуков становится для них неприятным раздражителем	Использование слуховых аппаратов улучшает восприятие речи
Наличие <i>гиперакузии</i> – повышенная чувствительность к звукам, безразличным для окружающих (шум сминаемой бумаги, звук каплюющей воды и др.). Дети на эти звуки болезненно реагируют: беспокоятся, плачут, вертят головой, жалуются на шум в ушах и др.	Слабослышащие эти сигналы не воспринимают, не слышат
Спонтанно могут повторить отдельные слоги, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего, без специального обучения, однако повторение не является стойким	Самостоятельно почерпнуть слова и фразы их окружающего не могут
Подражание звукам непостоянно, зависит от ситуации. Дети не могут образовывать связи между предметом и его названием, у них не формируется предметная соотнесенность слышимых и произносимых ими слов	В результате специального обучения быстро устанавливается связь между словом и предметом, эта связь устойчивая
Голос нормальный, громкий, звонкий. Звуки и слова с нормальными модуляциями, могут копировать голоса взрослых	Голос лишен звучности, звонкости, «полетности», может быть приглушенным, глухим, металлическим, деревянным, скрипучим и др. Речь недостаточно интонирована, лишена эмоциональной выразительности
Наладить контакт трудно	Легче наладить контакт

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте лингвистическую характеристику недостатков разных компонентов (сторон) речи.
2. Назовите формы и дайте клиническую характеристику нарушений разных компонентов (сторон) речи.
3. Каковы принципы дифференциальной диагностики при разграничении тяжелых речевых нарушений от сходных по внешним проявлениям состояний (отсутствие речи при нарушениях слуховой функции, аутизме, умственной отсталости)?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Раздел 1. Теоретические основы логопсихологии

1. В работах каких авторов появились первые сообщения о механизмах речи:

- А. П. Брока и К. Вернике.
- Б. А.Р. Лурия и Л.С. Выготского.
- В. И.П. Павлова и И.М. Сеченова.

2. Область специальной психологии, которая изучает психические особенности человека, имеющего речевые нарушения, называется:

- А. Логопедия.
- Б. Логопсихология.
- В. Патопсихология.
- Г. Сурдопедагогика.

3. ...– это наука о психических особенностях развития аномальных детей, закономерностях их обучения и воспитания:

- А. Патопсихология.
- Б. Олигофренопедагогика.
- В. Олигофренопсихология.
- Г. Коррекционная педагогика.

4. Какое из данных определений является верным?

- А. Логопсихология – это психология лиц с нарушениями речи.
- Б. Логопсихология – это психология лиц с особенностями психофизического развития.
- В. Логопсихология – это психология лиц с нарушениями эмоционально-волевой сферы.
- Г. Логопсихология – это психология лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

5. Объектом логопсихологии как науки является:

- А. Речевые нарушения.
- Б. Логопат.
- В. Психическое развитие.
- Г. Речь.

6. Предметом является изучение своеобразия психического развития людей с различными формами речевой патологии:

- А. Логопедии.
- Б. Сурдопедагогике.
- В. Логопсихологии.
- Г. Патопсихологии.
- Д. Коррекционной педагогики.

7. В логопедии и логопсихологии общим является:

- А. Предмет изучения.
- Б. Объект изучения.
- В. Задачи изучения.
- Г. Цели изучения.

8. Разработка методики коррекционного воздействия ведется с учетом последовательности появления форм и функций речи, а также видов деятельности ребенка в онтогенезе и базируется на принципе:

- А. Комплексности.
- Б. Развития.
- В. Системности.
- Г. Онтогенетическом.

9. У детей с нарушениями речи необходимо проводить профилактику отклонений в развитии:

- А. Первичных.
- Б. Вторичных.
- В. Третичных.
- Г. Четвертого порядка.

10. ... – это физический и психический недостаток, влекущий за собой отклонения от нормального развития:

- А. Дефект.
- Б. Нарушение.
- В. Коррекция.
- Г. Компенсация.

11. Этап возрастного развития ребенка, наиболее благоприятный для освоения каких-либо видов деятельности, формирования отдельных психических функций – это:

- А. Дошкольный возраст.
- Б. Подростковый возраст.
- В. Сензитивный возраст.
- Г. Ранний возраст.

12. Какого типа компенсации психических функций не существует?

- А. Внутрисистемная.
- Б. Межсистемная.
- В. Межфункциональная.

13. Сложный, многоаспектный процесс перестройки психических функций при нарушении или утрате каких либо функций организма, включающий восстановление или замещение утраченных функций это:

- А. Коррекция.
- Б. Компенсация.
- В. Адаптация.
- Г. Реабилитация.
- Д. Коммуникация.

14. Понятие о первичном и вторичных дефектах введено:

- А. А.Р. Лурия.
- Б. В.В. Лебединским.
- В. Л.С. Выготским.
- Г. П.Я Гальпериным.
- Д. Г.М. Дульневым.

15. Кто автор психолого-педагогической классификации речевых нарушений?

- А. О.О. Правдина.
- Б. М.Е. Хватцев.
- В. С.С. Ляпидевский.
- Г. Г. Гутцман.
- Д. Р.Е. Левина.

16. Вопросами какого речевого нарушения активно занимался А.Р. Лурия?

- А. Дизартрии.
- Б. Афазии.
- В. Заикания.
- Г. Тахилалии.
- Д. Брадилалии.

17. Деление нарушений речи на: нарушения средств общения и нарушения в применении средств общения соответствует классификации:

- А. Психолого-педагогической.
- Б. Клинико-педагогической.

18. Нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата, называются:

- А. Дислалия.
- Б. Алалия.
- В. Ринология.
- Г. Дизартрия.

19. Какое речевое расстройство возникает при нарушении произносительной стороны, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата?

- А. Ринология.
- Б. Афазия.
- В. Алалия.
- Г. Дизартрия.

20. Верно ли это определение? Афазия – это полное или частичное недоразвитие речи, обусловленное локальным поражением головного мозга:

- А. Да.
- Б. Нет.

21. Одной из причин нарушения речи у детей является «перинатальная энцефалопатия». Поясните термин:

- А. Поражения нервной системы, возникшие в послеродовой период.
- Б. Поражения нервной системы, возникшие в период беременности.
- В. Поражения нервной системы, возникшие во время родов.
- Г. Поражения нервной системы, возникшие в период беременности, во время родов и в первые дни после рождения ребенка.

22. Особенностью речевых нарушений в детском возрасте является их обратимость:

- А. Да.
- Б. Нет.

23. Относительно устойчивый период по отношению к различным вредностям:

- А. 0–3 лет.
- Б. 11–15 лет.
- В. 4–11 лет.
- Г. 0–6 лет.

24. Кто из авторов ввел понятия «зона ближайшего развития» и «зона актуального развития» ребенка?»

- А. А.Р. Лурия.
- Б. Л.С. Выготский.
- В. С.Д. Забрамная.
- Г. Е.А. Стребелева.

25. Первичные нарушения вытекают непосредственно из:

- А. Педагогической запущенности.
- Б. Наследственной предрасположенности.
- В. Биологического характера болезни.
- Г. Все ответы верные.

26. Кто из исследователей предложил термин «дизонтогенез»?

- А. Швальбе.
- Б. В.В. Лебединский.
- В. Л.С. Выготский.
- Г. А.Р. Лурия.

27. В 1927 году Швальбе ввел термин:

- А. Патогенез.
- Б. Онтогенез.
- В. Дизонтогенез.
- Г. Филогенез.

28. Какое явление не будет проявлением «асинхронии развития»?

- А. Ретардация.
- Б. Компенсация.
- В. Акселерация.
- Г. Сочетание ретардации и акселерации.

29. Незавершенность отдельных периодов развития и сохранение более ранних форм:

- А. Ретардация.
- Б. Акселерация.
- В. Сочетание ретардации и акселерации.
- Г. Все ответы верные.

30. Кто выделил 3 вида психического дизонтогенеза в своей классификации: недоразвитие, поврежденное развитие, искаженное развитие?

- А. Л. Каннер.
- Б. В.Е. Сухарева.
- В. К.Р. Ушаков.
- Г. В.В. Лебединский.
- Д. Я. Лутц.

31. Примером какого варианта психического дизонтогенеза является синдром раннего детского аутизма по классификации В.В. Лебединского?

- А. Задержанное развитие.
- Б. Дефицитарное развитие.
- В. Искаженное развитие.
- Г. Стойкого недоразвития.
- Д. Дисгармоничное развитие.

32. Примером какого варианта психического дизонтогенеза является моторная алалия по классификации В.В. Лебединского?

- А. Задержанное развитие.
- Б. Дефицитарное развитие.
- В. Искаженное развитие.
- Г. Тип стойкого недоразвития.
- Д. Дисгармоничное развитие.

33. Примером какого варианта психического дизонтогенеза является умственная отсталость (интеллектуальная недостаточность) по классификации В.В. Лебединского?

- А. Задержанное развитие.
- Б. Дефицитарное развитие.
- В. Искаженное развитие.
- Г. Тип стойкого недоразвития.
- Д. Дисгармоничное развитие.

34. В отечественной коррекционной педагогике применительно к дизонтогенезу используется термин:

- А. Особенности психофизического развития;
- Б. Аномалии развития.
- В. Компенсация дефекта.
- Г. Коррекция дефекта.

35. Психическим параметром дизонтогенеза по В.В. Лебединскому не является:

- А. Функциональная локализация нарушения.
- Б. Время поражения.
- В. Диспропорции в развитии.
- Г. Нарушение межфункционального взаимодействия;
- Д. Взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом.

36. Сколько видов дизонтогенеза выделил в своей классификации В.В. Лебединский:

- А. Шесть.
- Б. Пять.
- В. Четыре.
- Г. Семь.

37. Работу с детьми-аলাликами в СССР впервые возглавила:

- А. Р.Е. Левина.
- Б. В.К. Орфинская.
- В. А.Г. Ипполитова.
- Г. О.В. Правдина.

Раздел 2. Особенности познавательной сферы лиц с нарушениями речи

38. 80% информации об окружающем мире человек получает благодаря:

- А. Тактильному восприятию.
- Б. Зрительному восприятию.
- В. Слуховому восприятию.

39. Б.Г. Ананьев в структуре восприятия выделил 3 образования. Что не подходит для этой структуры?

- А. Мотивационные механизмы.
- Б. Операционные механизмы.
- В. Последовательные механизмы.
- Г. Функциональные механизмы.

40. Что не является свойством восприятия:

- А. Предметность.
- Б. Осмысленность.
- В. Целостность.
- Г. Коммуникативность.

41. Слуховое восприятие у детей-логопатов не нарушается при:

- А. Артикуляторно-фонематической дислалии.
- Б. Артикуляторно-фонетической дислалии.
- В. Акустико-фонематической дислалии.

42. За слуховое восприятие отвечают следующие системы:

- А. Ритмико-мелодическая и фонематическая.
- Б. Акустико-фонематическая и интонационная.
- В. Ритмическая и фонетическая.
- Г. Акустико-фонематическая и фонетическая.

43. Система ритмико-мелодических кодов слухового восприятия определяет:

- А. Музыкальный слух.
- Б. Фонематическое восприятие.
- В. Музыкальный слух и фонематическое восприятие.

44. При акустико-гностической (сенсорной) афазии сохраняется музыкальный слух, но больные не различают близкие по акустическому подобию фонемы. Верно ли это утверждение?

- А. Да.
- Б. Нет.

45. Фонематическое восприятие страдает при всех видах речевых расстройств?

- А. Да.
- Б. Нет.

46. Целостное отражение предметов, ситуаций, возникающее при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности органов чувств – это:

- А. Восприятие.
- Б. Память.
- В. Воображение.
- Г. Мышление.

47. Невозможность человека одновременно воспринимать два, три и более объектов и объединять их в целостный образ называется:

- А. Цифровой агнозией.
- Б. Буквенной агнозией.
- В. Сукцессивной агнозией.
- Г. Симультанной агнозией.
- Д. Оптико-пространственной агнозией.

48. Расстройство опознания предметов на ощупь называется:

- А. Астереогнозия.
- Б. Симультанная агнозия.
- В. Сукцессивная агнозия.
- Г. Гиперакузия.

49. При симультанной агнозии происходит:

- А. Сужение объема зрительного восприятия.
- Б. Расширения объема зрительного восприятия.
- В. Неустойчивость объема зрительного восприятия.

50. Зависимость восприятия от содержания психической жизни человека, от особенности личности носит название:

- А. Осмысленности.
- Б. Апперцепции.
- В. Агнозии.
- Г. Амузии.

51. Нарушение видов восприятия, возникающее при корковых очаговых поражениях, называется:

- А. Амнезия.
- Б. Агнозия.
- В. Алалия.
- Г. Аграфия.

52. К тактильным агнозиям не относятся:

- А. Астереогнозии.
- Б. Соматоагнозии.
- В. Предметные агнозии.

53. Повышение чувствительности к звуковым раздражителям – это:

- А. Гипермнезия.
- Б. Гиперакузия.
- В. Гиперкинезия.

54. Какие основные типы расстройств памяти не выделяются?

- А. Модально-специфические.
- Б. Модально-различительные.
- В. Модально-неспецифические.

55. При модально-специфических нарушениях памяти происходит плохое запечатление и сохранение любой по модальности информации:

- А. Да.
- Б. Нет.

56. Гипермнезия – это:

- А. Ослабление памяти.
- Б. Усиление памяти.
- В. Отсутствие памяти.
- Г. Ложное узнавание.

57. Наиболее обобщенная и опосредованная форма психического отражения, устанавливающая связи и отношения между познаваемыми объектами:

- А. Мышление.
- Б. Память.
- В. Обобщение;
- Г. Абстрагирование.

58. К нарушениям памяти не относятся:

- А. Псевдомнезия.
- Б. Амнезия.
- В. Парамнезия.
- Г. Гипомнезия.
- Д. Гиперакузия.

59. Верно ли утверждение, что при дислалии и ринолалии память не страдает?

А. Нет.

Б. Да.

60. Какие виды патологии не относятся к нарушениям мышления?

А. Нарушения операционной стороны.

Б. Нарушения динамики.

В. Нарушения темпо-ритмической стороны.

Г. Нарушения мотивационного компонента.

61. К формам мышления не относится:

А. Суждение.

Б. Понятие.

В. Обобщение.

Г. Умозаключение.

62. Не является процессом мышления:

А. Анализ.

Б. Синтез.

В. Обобщение.

Г. Понятие.

Д. Абстрагирование.

63. При каком из данных речевых нарушений не страдают процессы мышления?

А. Дизартрии.

Б. Дислалии.

В. Афазии.

Г. Алалии.

64. Какая из названных методик не используется для исследования мышления?

А. Определение понятий.

Б. Сравнение понятий.

В. Четвертый лишний.

Г. Образование искусственных понятий.

Д. Тест «Дом–дерево–человек».

65. Воображение, имеющее в своей основе создание образов, соответствующих описанию, называют:

А. Преднамеренным.

Б. Творческим.

В. Воссоздающим.

66. Л.С. Выготский писал: «Наблюдение за развитием воображения обнаружило зависимость этой функции от развития Задержка в развитии ... знаменует собой и задержку развития воображения».

А. Мышления.

Б. Речи.

67. Что из перечисленного не относится к видам внимания:

А. Произвольное.

- Б. Непроизвольное.
- В. Послепроизвольное.
- Г. Преднамеренное.

68. ... – направленность и сосредоточенность сознания человека на определенных объектах при одновременном отвлечении от других:

- А. Внимание.
- Б. Восприятие.
- В. Мышление.
- Г. Воображение.

69. Не является свойством (качеством) внимания:

- А. Концентрация.
- Б. Переключение.
- В. Распределение.
- Г. Устойчивость.
- Д. Фиксированность.

70. Какая из названных методик не используется для исследования внимания?

- А. Корректирующая проба Бурдона.
- Б. Пиктограммы.
- В. Таблицы Шульте.
- Г. Красно-черные таблицы Ф.Д. Горбова.

Раздел 3. Личность и деятельность при нарушениях речи

71. Выберите самое узкое по содержанию понятие:

- А. Индивид.
- Б. Индивидуальность.
- В. Характер.

72. Возрастные особенности, свойственные детям с речевой патологией с 3 до 5 лет:

- А. Низкая речевая активность, пассивность, отсутствие признаков ролевого поведения.
- Б. Речевая активность, участие в сюжетно-ролевых играх.
- В. Смещение и смешение временных представлений, путаница в моральных и мировоззренческих установках.

73. Тип формирования личности, для которого характерны робость, застенчивость, большая привязанность к родителям, комплекс неполноценности, повышенная чувствительность ко всему происходящему:

- А. Социально-ориентированный.
- Б. Доминирующий.
- В. Чувствительный.
- Г. Тревожный.
- Д. Интровертируемый.

74. Возраст, который принято считать сензитивным в становлении характера:

- А. 2–3 года.
- Б. 9–10 лет.
- В. 2–10 лет.

75. Какого из перечисленных вариантов «болезненной фиксации» на дефекте у заикающихся не бывает (по В.И. Селиверстову):

- А. Нулевая.
- Б. Нейтральная.
- В. Выраженная.
- Г. Умеренная.

76. Для какой из степеней фиксированности на дефекте при заикании характерно: ребенок постоянно фиксирован на речевом недостатке, глубоко переживает его, всю свою деятельность ставит в зависимость от своих речевых неудач; характерен уход в болезнь, самоуничтожение, болезненная мнительность, навязчивые мысли, выраженная логофобия:

- А. Нулевая.
- Б. Выраженная.
- В. Умеренная.

77. Какого из перечисленных вариантов эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту не существует?

- А. Безразличное.
- Б. Умеренно-сдержанное.
- В. Предвосхищающее.
- Г. Безнадёжно-отчаянное.

78. Навязчивая боязнь насмешек окружающих в связи с каким-либо мнимым или действительно имеющимся у больного недостатком – это:

- А. Логоррея.
- Б. Скоптофобия.
- В. Логофобия.
- Г. Клаустрофобия.

79. Степени фиксированности на дефекте изучались, в основном, применительно к:

- А. Афазикам и ринолаликам.
- Б. Заикающимся и лицам с нарушениями голоса.

80. Верно ли утверждение, что школьники с ОНР испытывают трудности адаптации в коллективе сверстников, становятся слабоуспевающими по предметам языкового цикла:

- А. Да.
- Б. Нет.

81. Большое значение при обследовании детей с нарушениями речи имеет анализ продуктов деятельности, при этом изучению подлежат результаты разных видов деятельности. Какой вид деятельности не относится к вышесказанному?

- А. Изобразительная деятельность.
- Б. Конструирование.
- В. Мыслительная деятельность.
- Г. Лепка.

82. Виды контроля за деятельностью, которые более нарушены у детей с речевой патологией?

- А. Упреждающий (анализ условий задания) и текущий (при выполнении задания).
- Б. Текущий и последующий (итоговый).
- В. Упреждающий и последующий.

83. Мотив общения, на который заменяется мотив афиликации у детей с нарушениями речи:

- А. Отвергание.
- Б. Аффект (агрессия).
- В. Стремление к власти.

84. Общение, преобладающее у детей с тяжелыми нарушениями речи:

- А. Ситуативно-деловое.
- Б. Внеситуативно-познавательное.
- В. Внеситуативно-личностное.

85. Дошкольникам с патологией речи в процессе деятельности труднее сосредоточить внимание на выполнении задания в условиях инструкции:

- А. Слуховой.
- Б. Зрительной.
- В. Слуховой и зрительной.

86. Для детей с речевой патологией характерен уровень развития игровой деятельности:

- А. Невысокий.
- Б. Соответствующий уровню сверстников с нормальной речью.
- В. Высокий.

87. При изучении игровой активности заикающихся дошкольников Г.А. Волкова выделила:

- А. 5 групп.
- Б. 3 группы.
- В. 7 групп.
- Г. 4 группы.

88. Выделяют 2 основных вида тревожности. Что не подходит к указанным ниже?

- А. Личностная.
- Б. Ситуативная.
- В. Бытовая.

89. У детей с моторной алалией наблюдаются черты:

А. Замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, раздражительность, обидчивость.

Б. Общительность, уверенность в себе, веселость.

90. В.С. Кочергина выделяет... групп заикающихся детей в соответствии с особенностями их личности и речевых нарушений по времени их возникновения:

А. 5 групп.

Б. 3 группы.

В. 7 групп.

Г. 4 группы.

91. Л.С. Цветкова выделяет два типа изменений личности при афазии. Что не подходит к указанным ниже?

А. Устойчивый.

Б. Тревожный.

В. Динамический.

92. Самооценку у афазиков изучали

А. Ж.М. Глозман, Л.С. Цветкова, А.А. Цыганок.

Б. Р.Е. Левина, В.И. Селиверстов, Г.И. Ангушев.

93. Вид человеческой деятельности, который имеет цель преобразования предметов окружающего мира, превращение их в продукты удовлетворения многочисленных и разнообразных потребностей людей:

А. Учебная.

Б. Трудовая.

В. Игровая.

Г. Предметно-практическая.

КЛЮЧ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1 А	2 Б	3 Г	4 А	5 Б	6 В	7 Б	8 Г	9 Б	10 А	11 В	12 В
13 Б	14 В	15 В	16 Б	17 А	18 В	19 Г	20 Б	21 Г	22 А	23 В	24 Б
25 В	26 А	27 В	28 Б	29 А	30 Б	31 В	32 Б	33 Г	34 Б	35 В	36 А
37 А	38 Б	39 В	40 Г	41 Б	42 А	43 А	44 А	45 Б	46 А	47 Г	48 А
49 А	50 Б	51 Б	52 В	53 Б	54 Б	55 Б	56 Б	57 А	58 Д	59 Б	60 В
61 В	62 Г	63 Б	64 Д	65 В	66 Б	67 Г	68 А	69 Д	70 Б	71 Б	72 А
73 В	74 В	75 Б	76 Б	77 В	78 Б	79 Б	80 А	81 В	82 А	83 А	84 А
85 А	86 А	87 А	88 В	89 А	90 Г	91 Б	92 А	93 Б			

ЛИТЕРАТУРА

1. Ангушев, Г.И. Психологические особенности заикающихся / Г.И. Ангушев // Расстройства речи и голоса в детском возрасте. – М., 1973. – С. 13–31.
2. Ануфриев, А.Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей / А.Ф. Ануфриев, С.Н. Костромина. – М.: «Ось-89», 1999. – 224 с.
3. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности / Булахова Л.А. [и др.]; под ред. И.А. Полищука и А.Е. Видренко. – М.: Киев: Здоровье, 1980. – 156 с.
4. Безруких, М.М. Ребенок идет в школу / М.М. Безруких, С.П. Ефимова. – М.: Академия, 1998. – 231 с.
5. Бейн, Э.С. К фрагментарности слухового восприятия при сенсорной афазии / Э.С. Бейн, В.А. Кистенев, М.К. Шохор-Троцкая // Физиологические механизмы нарушения речи. – Л., 1967. – С. 19–27.
6. Беккер, К.-П. Логопедия / К.-П. Беккер, М. Совак; пер. с нем. – М.: Медицина, 1984. – 288 с.
7. Белова-Давид, Р.А. Клинические особенности детей дошкольного возраста с недоразвитием речи / Р.А. Белова-Давид // Нарушение речи у дошкольников: сост. Р.А. Белова-Давид. – М.: Просвещение, 1972. – С. 32–82.
8. Белых, С.Л. Изучение компенсаторных форм саморегуляции на примере исследования динамики коммуникативной компетентности детей с речевыми нарушениями / С.Л. Белых, И.А. Гришанов // Психологическая наука и образование. – 2000. – № 4. – С. 14–26.
9. Божович, Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте: психол. исследование / Л.И. Божович. – М.: Просвещение, 1968. – 464 с.
10. Божович, Л.И. Проблемы развития мотивационной сферы ребенка / Л.И. Божович // Изучение мотивации поведения детей и подростков / Л.И. Божович [и др.]; под ред. Л.И. Божович, Л.В. Благонадежиной. – М., 1972. – С. 7–44.
11. Бубен, С.С. Абарона правоў дзяцей у Рэспубліцы Беларусь / С.С. Бубен. – Мн.: Нар. асвета, 2000. – 215 с.
12. Бугиотопулу, В. Психолого-педагогический анализ слухоречевой и зрительной памяти у детей с дисграфией: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / В. Бугиотопулу. – М., 2002. – 129 л.
13. Вайнштейн, Л.А. Теория восприятия: курс лекций / Л.А. Вайнштейн. – Мн.: БГУ, 2004. – 143 с.
14. Валявко, С.М. Особенности мотивации старших дошкольников с общим недоразвитием речи: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10 / С.М. Валявко. – М., 2006. – 189 л.

15. Варенова, Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики / Т.В. Варенова. – Мн.: ООО «Асар», 2003. – 288 с.
16. Василева, Н.Ц. Особенности невербального и вербального мышления у подростков с общим недоразвитием речи: автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.10 / Н.Ц. Василева; МПГУ. – М., 1991. – 17 с.
17. Власенко, И.Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи / И.Т. Власенко. – М.: Педагогика, 1990. – 184 с.
18. Волкова, Л.С. Вопросы дифференциальной комплексной диагностики и коррекции аномального речевого развития / Л.С. Волкова // Патология речи: история изучения, диагностика, преодоление: межвуз. сб. научн. тр. – СПб.: Образование, 1992. – С. 27–30.
19. Волкова, Г.А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников / Г.А. Волкова. – М., 1983.
20. Волкова, Г.А., Тележникова М. Использование игровой деятельности в коррекции заикания у детей / Г.А. Волкова, М. Тележникова // Хрестоматия. Логопедия. Заикание; под ред. Беляковой. – М., 2000.
21. Волковская, Т.Н. Логопсихология: пути становления и развития / Т.Н. Волковская // Специальная психология. – 2007. – № 3 (13). – С. 12–22.
22. Волковская, Т.Н. К вопросу о содержании учебного курса «Логопсихология» / Т.Н. Волковская // Специальная психология. – № 3–4 (5–6). – 2005. – С. 88–89.
23. Волковская, Т.Н. Логопсихология. Программа и учебно-методические рекомендации (для дефектологических факультетов педагогических вузов) / Т.Н. Волковская // Специальная психология. – № 1–2 (7). – 2006. – С. 58–66.
24. Волковская, Т.Н. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова. – М.: Книголюб, 2004. – 104 с.
25. Волчок, В.П. Психология семейного воспитания / В.П. Волчок. – Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2005. – 245 с.
26. Воронова, А.П. Нарушение зрительного гнозиса у дошкольников с речевой патологией / А.П. Воронова // Дефектология. – 1993. – № 5. – С. 7–51.
27. Временное положение об интегрированном обучении детей с особенностями психофизического развития: постановление Мин-ва обр. и науки Республики Беларусь, 18 авг. 1995 г., № 327 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 1999. – 8/2241.
28. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – М.: Лабиринт, 1996. – 416 с.
29. Выготский, Л.С. Основы дефектологии. Собрание сочинений / Л.С. Выготский. – М.: Просвещение, 1983. – Т. 5.

30. Гаркуша, Ю.Ф. Опыт развития произвольного внимания у детей с моторной алалией / Ю.Ф. Гаркуша // Дефектология. – 1983. – № 4. – С. 16–22.
31. Гедрене, Р.К. Влияние недоразвития речи на усвоение учебного материала в начальных классах общеобразовательной школы с литовским языком обучения: автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.03 / Р.К. Гедрене; МПГУ. – М., 1982. – 21с.
32. Гермаковска, А. Коррекция дискалькулий у младших школьников с тяжелыми нарушениями речи: автореф. дис. ...канд. пед. наук.: 13.00.03 / А. Гермаковска; СПб ГПУ им. Герцена. – СПб., 1992. – 16 с.
33. Глезерман, Г.Б. Психологические основы нарушения мышления при афазии / Г.Б. Глезерман. – М., 1989.
34. Грибова, О.Е. К проблеме анализа коммуникации у детей с речевой патологией / О.Е. Грибова // Дефектология. – 1995. – № 6. – С. 7–12.
35. Грибова, О.Е. Логопсихология: взгляд логопеда / О.Е. Грибова // Специальная психология. – 2007. – № 3 (13). – С. 22–25.
36. Грушевская, М.С. Дисграфия у младших школьников: автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.03 / М.С. Грушевская; МПГУ. – М., 1982. – 23 с.
37. Гуменная, Г.С. Преодоление амнестических явлений у детей с моторной алалией в процессе логопедической работы / Г.С. Гуменная // Расстройства речи и методы их устранения: сб. тр. / МПГИ им. В.И. Ленина. – М., 1975. – С. 23–31.
38. Гуровец, Г.В. Использование ассоциативного эксперимента при обследовании детей с моторной алалией / Г.В. Гуровец // Нарушения речи и голоса у детей: пособие для студентов дефектол. фак. пед. интов / С.С. Ляпидевский [и др.]; под ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. – М: Просвещение. – 1975. – С. 47–55.
39. Гуровец, Г.В. Особенности психоречевых расстройств у детей с моторной алалией и обоснование лечебно-коррекционного воздействия / Г.В. Гуровец // Расстройства речи и методы их устранения. – М., 1975. – С. 11–22.
40. Давидович, Л.Р. К вопросу об особенностях мышления при моторной алалии на поздних этапах речевого развития / Л.Р. Давидович // Расстройства речи и методы их устранения / Л.Р. Давидович [и др.]; под ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. – М.: Просвещение, 1975. – С. 31–36.
41. Даниленкова, О.Р. Развитие преднамеренного запоминания у детей с нерезко выраженным общим недоразвитием речи / О.Р. Даниленкова // Дефектология. – 2000. – № 6. – С. 59–63.
42. Дарвиш, О.Б. Возрастная психология / О.Б. Дарвиш. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 254 с.

43. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития; под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф сервис, 1998. – 336 с.
44. Детская психология / под ред. Я.Л. Коломенского, Е.А. Панько. – Мн.: Университетское, 1988. – 399 с.
45. Дубровенская, Н.В. Психофизиология ребенка / Н.В. Дубровенская, Д.А. Фарбер, М.М. Безруких. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 144 с.
46. Евдокимова, Л.А. Предупреждение нарушений письменной речи у дошкольников с общим недоразвитием устной речи: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.03 / Л.А. Евдокимова. – М., 2001. – 181 с.
47. Егорова, Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии / Т.В. Егорова. – М.: Педагогика, 1973. – 149 с.
48. Ермилова, К.Г. Нарушения речи как одна из причин школьной неуспеваемости / К.Г. Ермилова [и др.]. // Педагогика и психология: вопросы организации и обучения в малокомплектной школе. – Минск: МГПИ им. А.М. Горького, 1977. – С. 90–94.
49. Ермолаев, О.Ю. Внимание школьника / О.Ю. Ермолаев, Т.М. Марютина, Т.А. Мешкова. – М.: Просвещение, 1987. – 189 с.
50. Жинкин, Н.И. Интеллект, язык, речь / Н.И. Жинкин // Нарушения речи у дошкольников: сост. Р.А. Белова-Давид. – М.: Просвещение, 1972. – С. 9–31.
51. Забрамная, С.Д. Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения / С.Д. Забрамная. – М.: Просвещение, 1988. – 96 с.
52. Зайцава, Л.А. Асаблівасці становішча дзіцяці, якое заікаецца ў сям'і і школе / Л.А. Зайцава // Адукацыя і выхаванне. – 1994. – № 11. – С. 34–38.
53. Зайцева, Л.А. Индивидуальные различия в мыслительной деятельности заикающихся школьников / Л.А. Зайцева, Л.В. Трапило // Особенности формирования психических процессов у детей с нарушениями умственного и физического развития. Сб. научн. тр.; отв. ред. Т.А. Григорьева. – Мн.: МПГИ им. А.М. Горького, 1987. – С. 12–17.
54. Зайцева, Л.А. Некоторые аспекты изучения мыслительной деятельности заикающихся школьников / Л.А. Зайцева, А.В. Ястребова // Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями умственного и физического развития. – Мн., 1985. – С. 71–75.
55. Зайцева, Л.А. Особенности памяти при различных формах афазии и пути коррекции / Л.А. Зайцева // Психологическая наука и общественная практика: сб. мат. научно-практич. конференции. Ч. 3. – Мн., 1993. – С. 232–234.
56. Зверева, С.В. Специфика отражения времени и нарушения речемыслительных функций у детей 7–9 лет с расстройствами речи в сравнении с нормативным вариантом развития: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.01 / С.В. Зверева. – СПб, 1998. – 203 л.
57. Иванова, Н.В. Особенности самооценки младших школьников с об-

- щим недоразвитием речи и ее формирование на логопедических занятиях / Н.В. Иванова // Логопед. – № 3. – 2007. – С. 111–120.
58. Калижнюк, Э.С. К вопросу о зрительно-пространственных нарушениях и путях их коррекции у детей дошкольников с церебральным параличом / Э.С. Калижнюк, Е.В. Сапунова // Дефектология. – № 6. – 1975. – С.17–24.
 59. Калита, Н.Г. К вопросу о нарушениях мышления у больных с акустико-мнестической афазией / Н.Г. Калита // Проблемы афазии и восстановительного обучения. – М., 1979. – С. 79–88.
 60. Калягин, В.А. Логопсихология / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
 61. Калягин, В.А. Становление логопсихологии / В.А. Калягин // Практическая психология и логопедия. – № 4 (21). – 2006. – С. 5–7.
 62. Калягин, В.А. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО, 2004. – 432 с.
 63. Каменская, В.Г. Развитие вербального ассоциирования и отражения времени у младших школьников в норме и в случае речевых нарушений / В.Г. Каменская, С.В. Зверева // Психологический журнал. – 1999. – т. 20. – № 4. – С. 48–55.
 64. Канцэпцыя навучання, выхавання і падрыхтоўкі да жыцця дзяцей з недахопам у разумовым і фізічным развіцці ў РБ // Адукацыя і выхаванне. – 1994. – № 3. – С. 4.
 65. Карпенко, Н.П. Внимание и коррекция дисграфических ошибок у детей с недоразвитием речи / Н.П. Карпенко // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1980. – № 3. – С. 51–62.
 66. Ковшиков, В.А. О состоянии мышления и его соотношении с речью у детей с экспрессивной алалией / В.А. Ковшиков, Ю.А. Элькин // Психические и речевые нарушения у детей. Вопросы реабилитации: сб. научн. тр. / ЛГПИ им. А.И. Герцена. – Ленинград, 1979. – С. 44–70.
 67. Ковшиков, В.А. К вопросу о мышлении у детей с “экспрессивной” моторной алалией / В.А. Ковшиков, Ю.А. Элькин // Дефектология. – 1980. – № 2. – С. 14–21.
 68. Кок, Е.П. Зрительные агнозии / Е.П. Кок. – М., 1967.
 69. Колповская, И.К., Характеристика нарушений письма и чтения / И.К. Колповская, Л.Ф. Спирина // Основы теории и практики логопедии / Колповская И.К. [и др.]; под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Просвещение, 1968. – С. 166–190.
 70. Концепция образования и воспитания в Беларуси / Нац. ин-т образования; под ред. В.П. Пархоменко. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 1994. – 47 с.

71. Корнев, А.Н. Нарушения чтения и письма у детей / А.Н. Корнев. – СПб.: Речь, 2003. – 330 с.
72. Корнев, А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев. – СПб.: Речь, 2006. – 380 с.
73. Коррекционная педагогика и специальная психология: словарь / сост. Н.В. Новоторцева. – Яр., 1999. – 144 с.
74. Кумарина, Г.Ф. Дети «группы риска» / Г.Ф. Кумарина // Советская педагогика. – 1992. – № 11. – С. 33–37.
75. Лалаева, Р.И. Особенности симультанного анализа и синтеза у младших школьников с тяжелыми нарушениями речи / Р.И. Лалаева, А. Гермаковска // Дефектология. – 2000. – №4. – С. 21–29.
76. Лангмейер, И. Психическая депривация в детском возрасте / И. Лангмейер, З. Матейчик; пер. с чешск. – Прага: Авиценум, 1984. – 335 с.
77. Лауткина, С.В. Успеваемость младших школьников: психолого-педагогический аспект / С.В. Лауткина. – Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006. – 114 с.
78. Лауткина, С.В. Особенности вербального ассоциирования у младших школьников с общим недоразвитием речи / С.В. Лауткина // Вестник ВГУ. – №3 (29). – 2003. – С. 61–66.
79. Лауткина, С.В. Особенности обобщения у школьников с общим недоразвитием речи / С.В. Лауткина // Психолого-педагогические основы формирования личности на разных этапах онтогенеза: сб. науч. ст. / УО «ВГУ им. П.М. Машерова»; под общ. ред. С.Л. Богомаза. – Витебск, 2002. – С. 120–128.
80. Левина, Р.Е. Изучение неговорящих детей (алаликов) / Р.И. Левина // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): во 2 т.; под ред Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: ВЛАДОС, 1997. – С. 23–32.
81. Левяш, С.Ф. Развитие мнестической деятельности у детей с тяжелыми нарушениями речи / С.Ф. Левяш, Л.С. Сорчик // Дефектология. – 2003. – № 1. – С. 96–103.
82. Литвак, А.Г. Тифлопсихология / А.Г. Литвак. – М.: Педагогика, 1985.
83. Логопедия: учебник для вузов / Л.С. Волкова [и др.]; под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., доп. – М.: ВЛАДОС, 1998. – 680 с.
84. Локалова, Н.П. Как помочь слабоуспевающему школьнику. Психодиагностические таблицы: причины и коррекция трудностей при обучении младших школьников русскому языку, чтению и математике / Н.П. Локалова. – 3-е изд. – М.: «Ось-89», 2003. – 96 с.
85. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномаль-

- ного развития детей / В.И. Лубовский. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
86. Лубовский, В.И. Что такое логопсихология? / В.И. Лубовский, С.М. Валявко // Специальная психология. – 2007. – № 3 (13). – С. 5–11.
 87. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 2-ое изд. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1969. – 504 с.
 88. Лурия, А.Р. Нейропсихология памяти. (Нарушения памяти при локальных поражениях мозга) / А.Р. Лурия. – М.: Педагогика, 1974. – 312 с.
 89. Лурия, А.Р. Речь и мышление / А.Р. Лурия. – М.: МГУ, 1979. – 129 с.
 90. Лурия, А.Р. Речь и развитие психических процессов у ребенка / А.Р. Лурия, Ф.Я. Юдович. – М.: Изд. АПН РСФСР, 1956. – 93 с.
 91. Лурия, А.Р. Язык и сознание / А.Р. Лурия. – Ростов н/Д: Феникс, 1998. – 413 с.
 92. Люблинская, А.А. Детская психология / А.А. Люблинская. – М.: Педагогика, 1971.
 93. Мамайчук, И.И. Динамика некоторых видов познавательной деятельности дошкольников с церебральным параличом / И.И. Мамайчук // Дефектология. – 1976. – № 3. – С. 29–35.
 94. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь. – 2001. – 219 с.
 95. Маркова, А.К. Формирование мотивации учения / А.К. Маркова, Т.А. Матис, А.Б. Орлов. – М.: Просвещение, 1990. – 192 с.
 96. Мартынова, Р.И. К вопросу о психическом развитии детей с моторной алалией / Р.И. Мартынова // Расстройства речи и голоса в детском возрасте. М., 1973. – С. 65–75.
 97. Мастюкова, Е.М. О нарушениях гностических функций у учащихся с тяжелыми расстройствами речи / Е.М. Мастюкова // Дефектология. – 1976. – № 1. – С. 13–17.
 98. Мастюкова, Е.М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова // Дефектология. – 1975. – № 6. – С. 24–30.
 99. Мастюкова, Е.М. О расстройствах памяти у детей с нарушениями речи / Е.М. Мастюкова // Дефектология. – 1972. – № 5. – С. 12–17.
 100. Мастюкова, Е.М. Основные формы двигательных, речевых и интеллектуальных нарушений у детей с анти- и перинатальным поражением мозга / Е.М. Мастюкова // Дефектология. – 1977. – № 5. – С. 33–38.
 101. Мастюкова, Е.М. Особенности школьной неуспеваемости детей с патологией речи / Е.М. Мастюкова // Дети с временными задержками

- ми развития / Е.М. Мастюкова [и др.]; под ред. Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. – М.: Просвещение, 1971. – С. 80–86.
102. Мастюкова, Е.М. Психическое развитие школьников, страдающих моторной алалией / Е.М. Мастюкова // Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых / Е.М. Мастюкова [и др.]; под ред. В.И. Селивестрова, С.Н. Шаховской. – М.: МГПУ, 1981. – С. 50–55.
103. Мастюкова, Е.М. Исследование структуры интеллектуальных нарушений у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, Л.И. Переслени, М.С. Певзнер // Дефектология. – 1988. – № 4. – С. 12–17.
104. Матюхина, М.В. Мотивация учения младших школьников / М.В. Матюхина. – М.: Педагогика, 1984. – 144 с.
105. Мулли, С. Особенности наглядно-образного мышления школьников с общим недоразвитием речи: дис. ...канд. псих. наук: 19.00.10 / С. Мулли; МГПУ. – М., 1992. – 83 с.
106. Новгородская, Н.Е. Формирование предпосылок учебной деятельности дошкольников с общим недоразвитием речи в процессе коррекционно-педагогической работы: автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.03 / Н.Е. Новгородская; МПГУ. – М., 1999. – 16с.
107. О правах ребенка: Закон Респ. Беларусь, 19 нояб. 1993 г., № 2570-ХП; в ред. Закона Респ. Беларусь от 25.10.2000 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2001 . – 2/408.
108. Об образовании, 29 октяб. 1991 г., № 1202-ХІ; в ред. Закона Респ. Беларусь от 04.08.2004 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2001. – 2/303.
109. Основные показатели развития системы специального образования в Республике Беларусь. 1995–2004 годы (Информационный бюллетень). Выпуск № 6; под ред. А.Н. Коноплевой. – Минск: ГИАЦ Министерства образования, 2005. – 138 с.
110. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: учебн. пособие / Т.В. Волосовец [и др.]; под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Академия, 2000. – 200 с.
111. Основы специальной психологии; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Академия, 2002. – 480 с.
112. Основы теории и практики логопедии / Р.Е. Левина [и др.]; под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Просвещение, 1968. – 367 с.
113. Отбор детей во вспомогательную школу / авт.-сост. Т.А. Власова и [др.]. – М.: Просвещение, 1983. –176 с.
114. Павлова, О.С. Нарушение коммуникативного акта у детей с общим недоразвитием речи / О.С. Павлова // Психолингвистика и современная логопедия. – М.: МГПУ, 1998. – 308 с.
115. Паулсен, Ш. Роль семьи в развитии школьных успехов / Ш. Паулсен // Мир образования – образование в мире. – 2003. – № 2. – С. 87–97.

116. Переслини, Л.И. Особенности познавательной деятельности младших школьников с недоразвитием речи и ЗПР / Л.И. Переслини, Т.А. Фотекова // Дефектология. – 1993. – № 5. – С. 3–5.
117. Поваляева, М.А. Справочник логопеда / М.А. Поваляева // Феникс. – Ростов н/Д, 2002. – 448 с.
118. Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология / Л. Пожар. – М.: Воронеж, 1996. – 128 с.
119. Понарядова, Г.М. О внимании младших школьников с различной успеваемостью / Г.М. Понарядова // Вопросы психологии. – 1982. – № 2. – С. 51–59.
120. Понятийно-терминологический словарь логопеда; под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Владос, 1997. – 400 с.
121. Практикум по возрастной и педагогической психологии / авт.-сост. Е.Е. Данилова; под ред. И.В. Дубровиной. – М.: Академия, 1999. – 160 с.
122. Президентская программа «Дети Беларуси» на 2006–2010 годы: Указ Президента Респ. Беларусь, 15 мая 2006 г., № 318 // Нац. Реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2006. – 1/7590.
123. Прищепова, И.В. Логопедическая работа по формированию предпосылок орфографических навыков у младших школьников с общим недоразвитием речи: автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.03 / И.В. Прищепова; РГПУ им. А.И. Герцена. – СПб, 1993. – 21 с.
124. Психолого-педагогическая диагностика / И.Ю. Левченко и др.; под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М.: Академия, 2003. – 320 с.
125. Разживина, Н.В. Особенности познавательной деятельности у младших школьников с дисграфией / Н.В. Разживина // Практическая психология и логопедия. – 2005. – № 3 (14). – С. 50–55.
126. Рожкова, Л.А. Нейрофизиологические механизмы внимания при восприятии зрительной вербальной информации у детей с нарушениями речевого развития / Л.А. Рожкова // Дефектология. – 2004. – № 5. – С. 16–26.
127. Рок, И. Введение в зрительное восприятие/ И. Рок. – М., 1980.
128. Сборник контрольных заданий по коррекционной педагогике и психологии / авт.-сост. Н.С. Вислобокова и др.; под общ. ред. С.Л. Богомаза. – Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2007. – 121 с.
129. Селиверстов, В.И. К вопросу о психологической модели феномена фиксированности заикающихся на своем речевом дефекте / В.И. Селиверстов // Учитель–дефектолог. – М., 1989. – С. 59–73.
130. Семаго, Н.Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго.– М.: АРК-ТИ, 2003. – 208 с.
131. Семаго, Н. Взаимодействие специалистов в коррекционно-развивающей работе с неуспевающими детьми при различных типах

- отклоняющегося развития / Н. Семаго // Школьный психолог. – 2003. – № 40. – С. 12–15.
132. Семаго, Н. Теория и практика оценки психического развития ребенка: дошкольный и младший школьный возраст / Н. Семаго, М. Семаго. – СПб.: Речь, 2005.
133. Семейное воспитание детей с нарушениями речи / авт.-сост. Н.В. Дроздова. – Минск: БГПУ, 2006. – 40 с.
134. Сергеева, Г.Ф. К вопросу о восприятии звуков речи детьми с ринолалией и дизартрией / Г.Ф. Сергеева // Дефектология. – 1973. – № 3. – С. 21–25.
135. Слинко, О.А. К изучению проблемы межличностных отношений дошкольников с нарушениями речи / О.А. Слинко // Дефектология. – 1992. – № 1. – С. 62–67.
136. Смирнова, Е.О. Детская психология / Е.О. Смирнова. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
137. Соботович, Е.Ф. Формирование правильной речи у детей с моторной алалией / Е.Ф. Соботович. – Киев: Радянська школа, 1981. – 149 с.
138. Солнцева, Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста / Л.И. Солнцева. – М., 1998.
139. Соловьева, Л.Г. Диалогическое взаимодействие дошкольников с речевыми нарушениями / Л.Г. Соловьева // Дефектология. – 2007. – № 4. – С. 37–45.
140. Соловьева, Л.Г. Особенности коммуникативной деятельности у детей с ОНР / Л.Г. Соловьева // Дефектология. – 1996. – № 1. – С. 62–67.
141. Сорокин, В.М. Практикум по специальной психологии / В.М. Сорокин, В.Л. Кокоренко; под ред. Л.М. Шипициной. – СПб.: Речь, 2003. – 122 с.
142. Сорокин, В.М. Специальная психология / В.М. Сорокин; под ред. Л.М. Шипициной. – СПб.: Речь, 2003. – 216 с.
143. Специальная психология / сост. Е.С. Слепович [и др.]. – Мн.: БГПУ, 2005. – 95 с.
144. Спиваковская, А.С. Как быть родителями: (о психологии родительской любви) / А.С. Спиваковская. – М.: Педагогика, 1986. – 160 с.
145. Спирина, Л.Ф. Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи / Л.Ф. Спирина. – М.: Педагогика, 1980. – 191 с.
146. Тарасун, В.В. Повышение качества усвоения родного языка учащимися с тяжелыми нарушениями артикуляционного аппарата (на материале младших классов): автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / В.В. Тарасун; МГПУ. – М., 1984. – 20 с.

147. Тарасун, В.В. Причины неуспеваемости по русскому языку учащихся младших классов, имеющих тяжелые нарушения речи / В.В. Тарасун // Дефектология. – 1983. – № 3. – С. 27–35.
148. Терентьева, В.И. Социально-психологические особенности детей с нарушениями речи 6–7 лет / В.И. Терентьева // Дефектология. – 2000. – № 4. – С. 74–77.
149. Ткаченко, Т.А. Об использовании зрительных символов при формировании навыков звукового анализа у детей с ОНР / Т.А. Ткаченко // Дефектология. – 1985. – № 6. – С. 68–70.
150. Трауготт, Н.Н. К вопросу об организации и методике речевой работы с моторными алаликами / Н.Н. Трауготт // Труды Ленинградского научно-практического института слуха и речи Наркомпроса РСФСР. Расстройства речи в детском возрасте. – Петрозаводск, 1940. – С. 71–103.
151. Трауготт, Н.Н. Нарушение слуха при сенсорной алалии и афазии / Н.Н. Трауготт, С.И. Кайданова. – Л., 1975. – С. 29–122.
152. Трошин, О.В. Логопсихология / О.В. Трошин, Е.В. Жулина. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 256 с.
153. Усанова, О.Н. Особенности невербального интеллекта при недоразвитии речи / О.Н. Усанова, Т.Н. Синякова // Обучение и воспитание детей с нарушениями речи / В.И. Селиверстов [и др.]; под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Просвещение, 1982. – С. 13–19.
154. Усанова, О.Н. Специальная психология. Система психологического изучения аномальных детей: учеб. пособие для студентов / О.Н. Усанова. – М.: МГПИ им. В.И. Ленина. – 1990. – 201 с.
155. Усанова, О.Н. Опыт формирования коллектива учащихся младших классов школ для детей с тяжелыми нарушениями речи: коррекционно-развивающая направленность обучения и воспитания детей с нарушениями речи / О.Н. Усанова, О.А. Слинько. – М.: МПГУ, 1987. – 215 с.
156. Усанова, О.Н. Особенности произвольного внимания детей с моторной алалией / О.Н. Усанова, Ю.Ф. Гаркуша // Недоразвитие и утрата речи. – М.: МПГУ, 1985. – С. 27–35.
157. Федосеева, Е.Г. Формирование коммуникативных умений у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Е.Г. Федосеева; МПГУ. – М., 1995. – 20 с.
158. Фигерето, Э.Э.Л. Психолого-педагогическая характеристика дошкольников с общим недоразвитием речи: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Э.Э.Л. Фигерето; АПН СССР, НИИ Дефектологии. – М., 1989. – 19 с.
159. Филичева, Т.Б. Обучение и воспитание детей с общим недоразвитием речи в старшей группе детского сада / Т.Б. Филичева, Г.А. Чир-

- кина // Дефектология. Сообщения 1–3. – 1986. – № 3. – С. 50–52; 1987. – № 1. – С. 69–74; № 4. – С. 71–76.
160. Филичева, Т.В. Основы логопедии / Т.В. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. – М.: Просвещение, 1989. – 223 с.
161. Фирсанова, Е.Ю. Исследование мотивов учения у детей 6–7 лет с нарушениями речи / Е.Ю. Фирсанова // Психология и школа. – 2003. – № 3. – С. 73–83.
162. Фирсанова, Е.Ю. Особенности адаптации к новым социальным условиям у детей с нарушениями речи: дис. ...канд. псих. наук: 19.00.07 / Е.Ю. Фирсанова. – Москва, 2006. – 257 л.
163. Фотекова, Т.А. Состояние вербальных и невербальных функций при общем недоразвитии речи и задержке психического развития: нейропсихологический анализ: автореф. ...д-ра псих. наук: 19.00.04 / Т.А. Фотекова; МПГУ. – М., 2003. – 34 с.
164. Фотекова, Т.А. Сочетание нарушений познавательной и речевой сфер в структуре дефекта у детей с общим недоразвитием речи / Т.А. Фотекова // Дефектология. – 1994. – № 2. – С. 9–13.
165. Фотекова, Т.А. Сравнительное обследование особенностей познавательной деятельности при ОНР и ЗПР у младших школьников: автореф. дис. ...канд. псих. наук: 19.00.10 / Т.А. Фотекова; Ин-т кор. пед. Рос. акад. образования. – М., 1998. – 17 с.
166. Хабарова, С.П. Формирование готовности к овладению чтением дошкольников с общим недоразвитием речи: автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.03 / С.П. Хабарова; МГПУ им. М. Танка. – Минск, 2000. – 20 с.
167. Халилова А.Б. Особенности фонематического восприятия и звукового анализа у младших школьников, страдающих церебральным параличом // Дефектология. – 1977. – № 3. – С. 63–66.
168. Хватцев, М.Е. Логопедия: пособие для студентов педагогических институтов и учителей спец. школ / М.Е. Хватцев. – М.: Учпедгиз, 1951. – 432 с.
169. Худик, В.А. Диагностика детского развития: методы исследования / В.А. Худик. – Киев: Освіта, 1992. – 220 с.
170. Худик, В.А. Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте / В.А. Худик. – Киев, 1993. – 144 с.
171. Царгуш, Л.Э. Пути развития познавательной деятельности у дошкольников с общим недоразвитием речи: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Л.Э. Царгуш; НИИ дефектологии АПН СССР. – М., 1987. – 18 с.
172. Цветкова, Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности / Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение. – АО «Учеб. лит.», 1995. – 304 с.
173. Цветкова, Л.С. Роль зрительного образа в формировании речи у де-

- тей с различными формами речевой патологии / Л.С. Цветкова, Т.Н. Пирцхалайшвили // Дефектология. – 1975. – № 5. – С. 11–18.
174. Чурсина, Н.П. Особенности формирования памяти у детей шести лет с общим недоразвитием речи: (нейропсихологический подход): дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04 / Н.П. Чурсина. – Москва, 2005. – 128 л.
175. Шаповал, И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: учеб. пособие / И.А. Шаповал. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 320 с.
176. Шаповал, И.А. Специальная психология / И.А. Шаповал. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 224 с.
177. Шипицина, Л.М. Комплексное исследование мнестической деятельности младших школьников с речевой патологией / Л.М. Шипицина, Л.С. Волкова, Э.Г. Крутикова // Дефектология. – 1991. – № 2. – С. 16–22.
178. Шипицина, Л.М. Некоторые особенности эмоционально-личностных качеств у младших школьников с общим недоразвитием речи / Л.М. Шипицина, Л.С. Волкова // Дефектология. – 1993. – № 4. – С. 8–13.
179. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – М.: Академия, 2004.
180. Шкловский, В.М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель. – М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2000. – 96 с.
181. Юсупова, Г.Ф. Психокоррекционная работа по преодолению личностных нарушений у дошкольников с общим недоразвитием речи / Г.Ф. Юсупова // Специальная психология. – 2007. – № 3(13). – С. 54–63.
182. Юртайкин, В.В. Развитие восприятия перспективных изменений величин предметов в дошкольном возрасте / В.В. Юртайкин // Новые исследования в психологии. – 1975. – № 1. – С. 29–31.
183. Яблокова, Л.В. Нейропсихологическая диагностика развития высших психических функций у младших школьников: разработка критериев оценки: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.04 / Л.В. Яблокова. – Москва, 1998. – 126 л.
184. Ясюкова, Л.А. Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников / Л.А. Ясюкова. – СПб.: Речь, 2003. – 384 с.

ГЛОССАРИЙ

Абилитация – формирование личности с такими качествами и свойствами, которые позволили бы не просто интегрироваться в трудовую деятельность, но и налаживать продуктивные отношения с другими людьми.

Агнозия – нарушение различных видов восприятия, возникающие при поражении коры головного мозга, человек утрачивает способность к анализу и синтезу поступающей информации.

Адаптация социально-психологическая – процесс приобретения человеком определенного социально-психологического статуса, овладение теми или иными социально-психологическими ролевыми функциями.

Адекватность – тождественность, соответствие.

Акцентуация характера – чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избранной уязвимости личности по отношению к определенного рода психотравмирующим воздействиям и устойчивости к другим.

Амнезия – расстройство памяти, неспособность к воспоминанию.

Анализатор – нервный аппарат, выполняющий функцию приема, анализа и синтеза раздражителей, исходящих из внешней среды и самого организма.

Анамнез – подробные сведения об условиях возникновения и протекания болезни, об истории развития ребенка на всех этапах его жизни. А. подразделяется по содержанию на медицинский, психолого-педагогический, социально-психологический.

Анозогнозия – невозможность осознания, отрицание болезни (недостатка) или ее тяжести.

Аномальное развитие – значительное отклонение от условно-возрастных норм физического и психического развития, вызванное серьезными врожденными или приобретенными дефектами и обуславливающее необходимость специальных условий воспитания, обучения, жизнедеятельности.

Аномальные дети – дети, имеющие значительные отклонения от нормального физического и психического развития, вызванные серьезными враждебными и приобретенными дефектами.

Апперцепция – свойство восприятия, существующее на уровне сознания и характеризующее личностный уровень восприятия; отражает зависимость восприятия от прошлого опыта и установок индивида, от общего содержания психической деятельности человека и его индивидуальных особенностей.

Асинхрония – неравномерное, диспропорциональное психическое развитие, нарушающее закон гетерохронии.

Астения – нервно-психическая слабость, проявляющаяся в повышенных утомляемости и истощаемости, сниженном пороге восприятия, неус-

тойчивости настроения, нарушениях сна, аппетита и др. Возникает в результате различных заболеваний, при умственных и физических перегрузках, длительных отрицательных переживаниях и конфликтах, а также функциональной или органической неполноценности мозга (церебрастения).

Аутизм – состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими (термин введен врачом-психиатром Е. Блейлером).

Аффект – нервно-психическое возбуждение, возникающее при травмирующих обстоятельствах. В состоянии аффекта контролирующая деятельность головного мозга несколько ослабляется. Аффект сопровождается побледнением или покраснением лица, сужением или расширением зрачков, дрожанием губ и конечностей. Аффект чаще наблюдается у лиц с неустойчивой нервной системой.

Барьер психологический – внутреннее препятствие психологической природы (нежелание, боязнь, неуверенность и т.п.), мешающие человеку успешно выполнить некоторое действия. Часто возникает в деловых и личных взаимоотношениях людей и препятствует установлению между ними открытых и доверительных отношений.

Бине-Симона тест – наиболее распространенный метод количественной оценки уровня развития интеллектуальных способностей. Разработан в 1905 г. А. Бине и Т. Симоном по заказу Министерства народного образования Франции с целью отсева детей, недостаточно развитых для обучения в массовой школе.

Брайля шрифт – рельефно-точечный шрифт для письма и чтения слепых, разработанный в 1829 г. французским слепым тифлопедагогом Л. Брайлем, адаптирован к различным языкам и получил всемирное распространение. Состоит из комбинаций выпуклых точек (от одной до шести), с помощью которых изображаются различные знаки – буквы алфавита, цифры, знаки препинания, математические и химические формулы, нотные знаки.

Валидность – качество метода психологического исследования, выражающееся в его соответствии тому, для изучения и оценки чего он изначально был предназначен.

Ведущая деятельность возраста – деятельность: а) в которой возникают и дифференцируются новые виды деятельности; б) в которой формируются или перестраиваются отдельные психические процессы; в) от которой более всего зависят наблюдаемые в конкретном возрасте основные изменения личности ребенка.

Векслера текст – набор заданий для оценки умственных способностей, один из наиболее распространенных методов диагностики интеллекта. Разработан Д. Векслером в 1937 г. В настоящее время употребляется модифицированный вариант образца 1974 г. – «Шкала Векслера

для измерения интеллекта у детей». На основании результатов выполнения теста вычисляется коэффициент интеллекта.

Вербальный – в психологии термин для обозначения знакового материала, а также процессов оперирования с этим материалом. Может быть осмысленным (ряды слов, отрывки текстов и др.) и бессмысленным (группы из согласных, слоги и др.). Вербальному материалу противопоставляется *невербальный* – геометрические фигуры, рисунки, предметы и пр.

Воспитание аномального ребенка – основное понятие, имеющее большое значение для общего развития детей, их общения со сверстниками, взрослыми, формирования личности. Цели и задачи воспитания аномального ребенка определяются общими принципами педагогики, но реализуются в доступном объеме, методами и средствами соответствующей степени и структуре дефекта.

Генотип – генетическая конституция, совокупность генов, полученная от родителей.

Гетерохронность развития – закономерная разновременность формирования и развития психических функций.

Гидроцефалия – водянка мозга, выражающаяся в избытке спинномозговой жидкости в полости черепа.

Гиперкомпенсация – наращивание усилий в сфере несостоятельности – «преодоление».

Глухонемота – сочетание тяжелого слухового дефекта и связанного с ним отсутствия речи.

Гнозис – восприятие.

Девиантное поведение – отклоняющееся, нарушающее принятые нормы и правила, но не выходящее в область противоправных поступков.

Дезадаптация – полярный адаптации и, по существу, деструктивный процесс, в ходе которого развитие психических процессов и поведения индивида приводит не к разрешению проблемных ситуаций в его жизни и деятельности, а к усугублению трудностей существования и неприятных переживаний, их вызывающих. Д. характеризуется поломкой, нарушением сформировавшихся адаптационных механизмов вследствие, например, изменений социальной ситуации индивида или возникших нарушений здоровья.

Декомпенсация – утрата, распад, регресс достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенных факторов.

Деонтология – наука о долге, моральной обязанности, нравственном совершенстве и безупречности в профессиональной деятельности, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия (врачебная практика, психотерапия и др.). Деонтологическая модель этики – это совокупность «должных» правил (соизмерение, соблюдение себя с «должным» и осуществление оценки действий не только по результатам, но и по помыслам), соответствующих той или иной конкретной области практики.

Депривация – психическое состояние человека, возникающее в результате длительного ограничения в удовлетворении в достаточной мере потребностей, необходимых для полноценной жизни и развития. Следствием Д. в детском возрасте являются выраженные отклонения в эмоциональном, интеллектуальном, социальном развитии.

Детерминизм (латин. *determinare* – определять) – философская концепция, признающая объективную закономерность и причинную обусловленность всех явлений природы и общества. В психологии – закономерная и необходимая зависимость психических явлений от порождающих их факторов.

Дети-инвалиды – дети, имеющие значительные ограничения в жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание головного мозга, при котором вследствие поражения двигательных центров мозга наблюдаются различные психомоторные нарушения (плохая координация движений, паралич конечностей).

Дефект – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка, подтвержденный психолого-медико-педагогической комиссией в отношении ребенка и медико-социальной экспертной комиссией в отношении взрослого.

Дефект органический – повреждение, отсутствие или недоразвитие какого-либо органа, его части или тканей.

Дефект функциональный – нарушение функций органа или общих функций организма без какого-либо нарушения их материального субстрата (самого органа), например психопатии.

Дефектология (от лат. *defectus* – недостаток и греч. *logos* – учение, наука) – наука о психофизических особенностях развития аномальных детей, закономерностях и обучения и воспитания. В дефектологию входит ряд разделов специальной педагогики: сурдопедагогика, тифлопедагогика, олигофренопедагогика и логопедия. Дефектология изучает также проблемы обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с ЗПР, а также со сложными дефектами.

Дефект-центризм – подход к клиенту (испытуемому) как к носителю определенного симптома или синдрома, противостоящий ценностному и целостному подходу к личности, системе ее жизненных отношений.

Дефицитарное развитие – патологическое формирование личности у детей с тяжелыми дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, при которых недостаток сенсорных стимулов вызывает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы. Термин предложен в 1976 г. В.В. Ковалевым.

Дидактогения – негативное психическое состояние учащегося, вызванное нарушением педагогического такта со стороны педагога (акцент внимания на дефект).

Дизадаптация – исходные трудности, искажение или нарушение адаптационных процессов вследствие недостаточных нервно-психических, физических или других ресурсов индивида; невозможность осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям.

Дизонтогенез – в широком смысле термина: отклоняющееся от условно принятой нормы индивидуальное развитие; *психический Д.* – нарушение развития психики в целом или ее отдельных составляющих, а также нарушение соотношения темпов и сроков развития отдельных сфер психики и различных компонентов внутри них.

Диссоциация – нарушение взаимосвязи психических процессов.

Дисфория – пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии. Особенно характерна при органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии, некоторых формах психопатий (эксплозивная, эпилептоидная).

Дисфункция – нарушение, расстройство функций какого-либо органа или системы преимущественно качественного характера.

Дифференцированное обучение аномальных детей – организация обучения и воспитания детей с дефектами развития в различных типах спецобразовательных (коррекционных) учреждений в зависимости от характера и степени выраженности дефекта.

Диффузный – распространенный, рассеянный в разные стороны.

Защита психологическая – адаптивные механизмы, направленные на уменьшение патогенного эмоционального напряжения, предохраняющие от болезненных чувств и воспоминаний и дальнейшего развития психологических и физиологических нарушений.

Зона ближайшего развития – возможности в психическом развитии, которые откладываются у человека при оказании ему минимальной помощи со стороны. Понятия «зона ближайшего развития» и «зона актуального развития» введено Л.С. Выготским.

Идентичность – тождественность, одинаковость; осознаваемое человеком единство и преемственность телесных и психических процессов, переживание постоянства своего физического и психического «Я», тождественности самому себе.

Иерархия – расположение частей или элементов целого в порядке от высшего к низшему.

Инволюция – обратное развитие, уменьшение, упрощение, редукция (главным образом в связи с утратой функции) какого-либо органа в течение онтогенеза; И. в психическом развитии – отмирание старого на-

столько, насколько этого требует развитие новых свойств и черт (например, детской непосредственности).

Инертность – низкая подвижность нервных процессов, трудности переключения.

Интеграция педагогическая – совместное обучение и воспитание детей с отклонениями в развитии с нормально развивающимися детьми и подростками.

Интеграция социальная – социальная адаптация в общей системе социальных отношений и взаимодействия, использование социальных благ и привилегий с учетом потребностей индивида.

Интегрированное обучение аномальных детей – обучение и воспитание детей с различными дефектами психофизического развития в учреждениях общей системы образования вместе с нормально развивающимися детьми.

Интерпретация – истолкование, разъяснение смысла, значения чего-либо.

Инфантилизм – сохранение в организме и психике человека характеристик, качеств и свойств, присущих более ранним стадиям развития; *психический И.* – отставание в личностном развитии.

Исключительные дети – термин, которым в зарубежной научной литературе обозначается широкая категория детей, развитие которых по тем или иным показателям отклоняется от среднестатистических норм. К данной категории относят одаренных детей.

Катамнез – сведения, получаемые о больном после окончания лечения. Периодический сбор информации о ходе обучения, трудовой жизни учащихся, находившихся под специальным наблюдением.

Квалификация дефекта (симптома) – качественный анализ, изучение структуры нарушения, выделение того фактора (первичного дефекта), который привел к возникновению наблюдаемого симптома.

Коммуникация – связь, в ходе которой происходит обмен информацией между системами в живой и неживой природе.

Компенсация нарушения (дефекта) – возмещение, выравнивание, развитие нарушенных или недоразвитых функций, перестройка сохранных функций для замещения нарушенных; приобретение в обучении и воспитании способов деятельности и поведения, способствующих социальной адаптации и интеграции.

Компенсация психологическая – процесс, направленный на достижение или восстановление чувства внутренней стабильности и самопринятия в связи с переживанием несостоятельности в тех или иных аспектах жизни.

Комплекс неполноценности – комплекс черт личности, выражающийся в представлениях о собственной никчемности, ненужности, неспособности справляться с жизненными трудностями. Умеренный К. н. может стать источником конструктивных усилий и достижений человека.

Конфликт (лат. conflictus – столкновение) – предельно обостренное противоречие, связанное с острыми эмоциональными переживаниями. Принципиально подразделение конфликта на внутренние (внутриличностные) и внешние (межличностные и межгрупповые).

Концепция «нормализации» – социально-психологическая теория и практика как можно большей приближенности жизни и быта людей с ограниченными возможностями к условиям и стилю жизни общества, в котором они живут.

Копинг – деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими требованиям.

Коррекционная педагогика – это наука, охватывающая не только область специальных научных знаний, но и основы психолого-педагогических знаний о сущности и закономерностях образования и воспитания детей и подростков, имеющих нередко выраженные недостатки в развитии психики и отклонения в поведении. Основная цель коррекционной педагогики – выявление и преодоление (исправление) недостатков в развитии личности ребенка, помощь ему в успешном освоении картины мира и адекватной интеграции в социум.

Коррекционно-воспитательная работа – система специальных педагогических мероприятий, направленная на преодоление или ослабление недостатков развития аномальных детей. Термин употребляется с конца XIX века, первоначально – лишь применительно к умственно отсталым детям; в современной отечественной дефектологии трактуется шире: коррекционно-воспитательная работа направлена не только на исправление отдельных нарушений, но и на формирование личности в целом, охватывает все категории аномальных детей и проводится совместно медиками и педагогами-дефектологами.

Коррекция – совокупность педагогических и лечебных мер, направленных на исправление недостатков в развитии и поведении ребенка.

Коэффициент интеллекта, IQ – количественный показатель уровня умственного развития. Представляет собой отношение умственного возраста (УВ) к паспортному, хронологическому (ХВ) соответственно формуле $IQ = \frac{УВ}{ХВ} \times 100\%$. УВ вычисляется на основании результатов выполнения психологических тестов.

Кризис возрастной – особые, относительно непродолжительные (до года) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями. Возрастные кризисы относятся к нормативным процессам, необходимым для поступательного хода личностного развития и связаны с системными качественными преобразованиями в сфере его социальных отношений, индивида, его деятельности и сознания.

Кризисы возрастные (от греч. crisis – поворотный пункт) – условное наименование переходных этапов от одного возрастного периода к

другому. Эволюционные этапы постепенных изменений в этом процессе чередуются с эпохами эволюционного развития. Психическое развитие происходит в результате смены так называемых стабильных и критических возрастов (Л.С. Выготский).

Лабильность – нестойкость, неустойчивость, изменчивость; в дифференциальной психологии – одно из основных свойств ЦНС, характеризующее скорость возникновения и прекращения нервных процессов.

Латентный – скрытый, внешне не проявляющийся; латентный период – скрытый период физиологической реакции.

Леворукость – предпочтительное использование левой руки для осуществления моторных актов. В некоторых случаях леворукость обусловлена повреждением или заболеванием правой руки, влекущим за собой невозможность пользования ею (вынужденная леворукость). Чаще леворукость носит врожденный характер и обусловлена унаследованной спецификой функционирования ЦНС.

Лечебная педагогика – отрасль педагогики, разрабатывающая средства и методы исправления физических и психических дефектов. Термин употребляется главным образом в немецкоязычной литературе. Проблемы лечебной педагогики в отечественной науке разрабатываются в русле дефектологии.

Локальный – свойственный данному месту, не выходящий за определенные границы.

Манипулятивная деятельность (действия) – проявления двигательной активности ребенка, направленные на предметы с целью их обследования или забавы. Они характерны для младенческого возраста и совершаются «в логике руки» или «в логике физических свойств предмета», без учета способов культурного употребления предметов.

Минимальная мозговая дисфункция, ММД – нарушение функций ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга.

Модально-неспецифические закономерности отклоняющегося развития свойственны всем лицам с отклонениями в развитии независимо от модальности основного нарушения.

Модально-специфические закономерности отклоняющегося развития свойственны какому-то одному варианту отклонения.

Модальность – одно из основных свойств, существенная качественная характеристика.

Моторика – двигательная активность, включающая большие моторные акты и тонкую моторику, зрительно-моторные координации, кинестетические функции и др. Как нарушения выделяются двигательные стереотипии, тики, гиперкинезы, двигательное беспокойство или заторможенность, параличи, апраксия и др.

Надежность – качество научного метода исследования, позволяющее получать одни и те же результаты при повторном или многократном использовании данного метода.

Нарушения вторичные, системные – обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично нарушенной функцией.

Нарушения первичные, ядерные – малообратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора.

Нарушения третичные, факультативные – нарушения разных сторон психики, не имеющих непосредственных связей с первично поврежденной функцией.

Негативизм – лишенное объективных оснований сопротивление предъявляемым требованиям; у детей возникает как реакция на требования взрослых, не учитывающих их потребности.

Неуспеваемость – ситуация, в которой поведение и результаты обучения не соответствуют воспитательным и дидактическим требованиям образовательного учреждения.

Новообразование возрастное психологическое – обобщенный результат психического развития в данном возрасте (от психических процессов до свойств личности), содержащий предпосылки к распаду характерной для него социальной ситуации развития.

Норма (от лат. – norma) – установленная мера, средняя величина чего-либо. Различают различные виды норм: индивидуальная, предметная, социально-возрастная, психологическая.

Нормы социальные – принятые в данном обществе или группе правила поведения, регулирующие взаимоотношения людей.

Обучение аномального ребенка – целенаправленный процесс передачи и усвоения знаний, умений, навыков, деятельности, основное средство подготовки к жизни и труду. В зависимости от характера и степени дефекта подбираются методы, средства, наглядность, решается проблема дифференциации или интеграции обучения.

Общение – обмен информацией между людьми, их взаимодействие.

Одаренность – наличие у человека задатков к развитию способностей.

Онтогенез – процесс закладки, формирования, структурирования, расцвета функций организма с последующим постепенным их увяданием.

Отклоняющееся (девиантное) поведение – поведение человека, отклоняющееся от установленных правовых или нравственных норм, нарушающее их.

Оценка дефекта анализатора абсолютная – минимальный остаток функции оценивается как частичная недостаточность.

Оценка дефекта анализатора относительная – дефект оценивается с точки зрения развития зависящей от пострадавшего анализатора

функции при данной степени его недостаточности.

Парциальный – частичный, относящийся к отдельным частям.

Патогенез – раздел патологии, изучающий взаимосвязь внутренних механизмов, лежащих в основе возникновения и развития болезненного процесса в организме.

Патохарактерологическое развитие – психогенное патологическое формирование характера ребенка под влиянием хронической психотравмирующей ситуации, дефектов воспитания; у детей с ограниченными возможностями может быть следствием переживания своей неполноценности.

Педагогическая запущенность – устойчивое отклонение в сознании и поведении ребенка, обусловленное отрицательным влиянием среды, недостатками воспитания, пробелами в обучении.

Пограничные состояния – нерезко выраженные нарушения, граничащие с нормой и отделяющие ее от собственно патологических проявлений, но не являющиеся их начальными или промежуточными фазами.

Праксис – способность к выполнению целенаправленных автоматизированных двигательных актов.

Преморбидные особенности личности – особенности темперамента, характера, личности, имевшие место до начала заболевания.

Прием коррекционный – конкретный способ, деталь, представляющая элемент метода коррекционно-компенсаторной работы учителя.

Профилактика – означает своевременную систему психолого-педагогических мероприятий (диагностика, воспитание, коррекция), направленную на формирование нравственной, социально-зрелой личности подростка.

Псевдокомпенсация – неадекватное использование личностью защитных механизмов и копинг-стратегий, не позволяющее найти продуктивный выход из сложившейся кризисной ситуации.

Психодиагностика – область исследований, связанных с количественной оценкой и точным качественным анализом психологических свойств и состояний человека при помощи научно проверенных методов, дающих достоверную информацию о них.

Психокоррекция – направление реабилитационной и коррекционно-воспитательной работы с аномальными детьми, целью которой является предупреждение и преодоление отклонений в психическом развитии.

Психопатия – психическое заболевание, проявляющееся в практически необратимой выраженности свойств характера, препятствующих адекватной адаптации человека в социальной среде.

Психосоматические заболевания – функциональная и органическая патология внутренних органов, в этиологии и патогенезе которой основная роль принадлежит психогенным, в первую очередь стрессовым, воздействиям.

Психотерапия (от греч. psyche – душа и therapeia – лечение): 1) отрасль медицины, разрабатывающая систему психологически опосредованного лечения заболеваний; 2) метод психологического (в отличие от медикаментозного и хирургического) лечебного воздействия на мотивы, эмоции, волю и самосознание человека при многих психических, нервных и психосоматических заболеваниях.

Развитие – процесс перехода количественных изменений в качественно новые характеристики. Развитие аномального ребенка отличается от развития соответствующего норме лишь качественным своеобразием, опорой на сохраненные функции организма. Развитие аномального ребенка в большей степени, чем у нормального ребенка зависит от обучения, таким образом, обучение и воспитание должны носить развивающий характер.

Ранний детский аутизм (РДА), синдром Каннера – аномалия психического развития, состоящая главным образом в субъективной изолированности ребенка от внешнего мира. Симптомы РДА: аутизм – одиночество ребенка, отсутствие стремления к общению; консервативность – сопротивление любым переменам обстановки, склонность к стереотипным занятиям, однообразию интересов и пристрастий; речевые нарушения.

Распад психической функции (функциональной системы, психики в целом) – грубая дезорганизация функции, ее выпадение.

Реабилитация – система медико-психологических, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социально-трудового статуса больных, инвалидов, лиц, перенесших заболевание.

Реабилитация психологическая – реорганизация и оптимизация социально-психологического бытия личности, приведение возможностей человека в соответствие с его потребностями и ценностями, восстановление утраченного или несформированного чувства личностной ценности.

Реактивные состояния – психические расстройства, возникающие в связи с тяжелыми переживаниями, проявляются в виде депрессии, эмоционального шока, страхов, навязчивых состояний.

Регресс – временная или стойкая деградация какой-либо функции или психики в целом, ее дезинтеграция, возврат на более низкий уровень развития.

Резидуально-органические расстройства – разнообразные нервно-психические нарушения, обусловленные относительно стойкими последствиями закончившихся органических заболеваний головного мозга, прежде всего пренатальных, перинатальных и ранних постнатальных (энцефалита, черепно-мозговой травмы, интоксикации и т.д.).

Резистентность (латин. resistere – сопротивляться) – устойчивость, неуязвимость, сопротивляемость психики или организма к воздействующим патогенным факторам.

Релаксация (от лат. relaxatio – облегчение, расслабление) – состояние покоя, расслабленности, наступающее при отходе ко сну, а также после сильных переживаний или физических усилий. Релаксацией называется также полное или частичное мышечное расслабление, достигаемое произвольно за счет специальных упражнений (наиболее распространенный способ достижения релаксации – аутогенная тренировка).

Ретардация – незавершенность отдельных этапов развития, при которой не происходит смены более ранних форм развития более прогрессивными, отсутствует инволюция (угасание) более ранних форм.

Речь – система используемых человеком звуковых сигналов, письменных знаков и символов для предоставления, переработки, хранения и передачи информации.

Ригидность – недостаток пластичности, неспособность корректировать программу деятельности в соответствии с требованиями ситуации.

Самоактуализация – использование и развитие человеком имеющихся у него задатков, их превращение в способности. Стремление к личностному самосовершенствованию.

Самооценка – оценка человеком собственных качеств, достоинств и недостатков.

Саморегуляция – процесс управления человеком собственными психологическими и физиологическими состояниями, а также поступками.

Самосознание – осознание человеком самого себя, своих собственных качеств.

Сензитивный период – этап наиболее интенсивного развития определенных психических функций, оптимальный для освоения соответствующих видов деятельности.

Сенсорный (лат. sensus – чувство, ощущение) – относящийся к сфере ощущений (зрительных, слуховых и т.д.).

Сепарация – ситуация долговременной разлуки ребенка с матерью или иным лицом, ее заменяющим; прекращение специфической связи между ребенком и его социальной средой.

Симптом – характерные проявления, признаки психических или органических нарушений и заболеваний, свидетельствующие об изменении обычного или нормального функционирования организма или психики.

Синдром – симптомокомплекс, определенное сочетание группы симптомов, объединенных механизмом возникновения. Внутри общего синдрома симптомы объединяются закономерным и регулярным образом, характеризуя определенное болезненное состояние организма.

Сложный дефект (сочетанные нарушения) – сочетание двух и более дефектов развития, имеющее особую структуру, качественно отличную от его составляющих: умственно отсталые слепые (слабовидящие) и глухие (слабослышащие), слепоглухие, глухие и слабослышащие с нарушением опорно-двигательного аппарата и др.

Созависимость – негативные изменения в личности и поведении родственников вследствие зависимого поведения кого-либо из членов семьи.

Соматический – телесный.

Социализация – двусторонний процесс усвоения индивидом социального опыта общества, к которому он принадлежит, и активного воспроизводства и наращивания им систем социальных связей и отношений, в которых он развивается.

Социометрия – совокупность однотипно построенных методик, предназначенных для выявления и представления в виде социограмм и ряда специальных индексов системы личных взаимоотношений между членами малой группы.

Специальное образование – процесс обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития, которое осуществляется в различных образовательных структурах и обеспечивающее образование, коррекционные услуги, социальную адаптацию и интеграцию.

Стереотип – нечто, повторяемое в неизменном виде, шаблон действия и поведения, применяемый без раздумий, рефлексии, неосознанно. Характерная черта С. – высокая устойчивость.

Стресс – совокупность адаптационно-защитных реакций организма на любое воздействие (стрессор), порождающее психическую или физическую травму.

Тесты психолого-педагогические (англ. test – испытание, проба) – стандартизированные задания, используемые для измерения и оценки индивидуально-психологических особенностей личности, уровня достижений и т.д. Впервые английское слово «тест» применительно к задачам такого рода употребил Дж. Кеттел в 1890 г. Родоначальником использования психолого-педагогических тестов при отборе умственно отсталых детей считается А. Бине, разработавший в 1904 г. набор соответствующих знаний.

Технология педагогическая – такое построение деятельности педагога, в котором все входящие в него действия представлены в определенной

целостности и последовательности, а выполнение предполагает достижение необходимого результата и имеет вероятный и прогнозируемый характер.

Толерантность фрустрационная – устойчивость к фрустраторам, в основе которой способность человека адекватно оценивать фрустрационную ситуацию и предвидеть выход из нее; зависит от сложившихся у человека устойчивых форм эмоционального реагирования на жизненные трудности.

Тотальный – полный, всеохватывающий, всеобъемлющий.

Умственная отсталость – стойкое нарушение познавательной деятельности, возникающее вследствие органического поражения головного мозга. Поражение может быть результатом воспалительного заболевания (энцефалитов и менингоэнцефалитов), интоксикации (эндокринной, обменной и др.), ушиба головного мозга (родовых и бытовых травм), а также унаследованных генетических аномалий.

Упражнения коррекционные – система педагогически обоснованных заданий на практике, с целью коррекции (компенсации) и развития ребенка, имеющего как отклонения психофизического характера, так и поведенческие отклонения.

Фенотип – любой поддающийся наблюдению признак организма – морфологический, физический, поведенческий. Фенотип – продукт взаимодействия генотипа и среды, но на разных уровнях организации – клеток, органов, организма; соотношение генотипа и фенотипа различно.

Фобии – навязчивые неадекватные переживания страхов конкретного содержания, возникающие в определенной фобической обстановке и сопровождающиеся вегетативными нарушениями (учащенное сердцебиение, повышенная потливость и т.п.). Различают нозофобии – страх заболеть (концерофобия – боязнь рака, кардиофобия – страх перед сердечными заболеваниями и др.); социофобии – страх публичных выступлений и т.п.; боязнь пространства (клаустрофобия – боязнь закрытых помещений) и др.

Фрустрация – 1) эмоциональное состояние, возникающее вследствие появления препятствий к достижению актуальной цели и содержащее в себе компонент мотивации к обходу или преодолению препятствия; 2) состояние переживания неудачи, обусловленное невозможностью удовлетворения каких-либо потребностей;

Функциональная система – объединение анатомически различных, в том числе пространственно-разнесенных, элементов организма, упорядоченное взаимодействие которых направлено на достижение полезного результата, выступающего системообразующим фактором. Одни и те же элементы могут входить в состав разных функциональных систем.

Характер – совокупность свойств личности, определяющих типичные способы ее реагирования на жизненные обстоятельства.

Центры реабилитации – разнообразные учреждения системы здравоохранения и образования, для обучения, воспитания, профилактики и социальной адаптации детей и взрослых в возрасте до 21 года с тяжелыми и сложными недостатками развития.

Эгоцентризм – сосредоточенность сознания и внимания человека исключительно на самом себе, сопровождающаяся игнорированием того, что происходит вокруг.

Эйфория – радостное, веселое настроение, состояние благодушия и беспечности, снижения критичности, моторного возбуждения, не соответствующего объективным обстоятельствам, не имеющее объективных причин появления и достаточно стойкое.

Экзогенный – внешнего происхождения, вызываемый внешними причинами (биологическими и социальными).

Эмпирический – основанный на чувственном познании, практическом опыте.

Эндогенный – внутреннего происхождения, вызываемый внутренними причинами. По отношению к отклонениям в развитии – это наследственное (конституциональное) происхождение.

Энцефалопатия – органическое поражение головного мозга невоспалительного характера, сопровождающееся головными болями, нарушениями настроения, снижением умственной работоспособности и др.

Этиология – раздел медицины, посвященный изучению причин и условий возникновения болезней.

Я-концепция – относительно устойчивая, осознанная, переживаемая как неповторимая система представлений индивида о самом себе, на основе которой он относится к себе и строит взаимодействие с другими людьми.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

I. КОМПЛЕКС МЕТОДИК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (И.А. Коробейников, Л.Н. Поперечная, С.Я. Рубинштейн, В.П. Зухарь)

1. Картинка с нелепыми ситуациями.
2. Заучивание десяти слов (слуховой вариант).
3. Опосредствованное запоминание (по Леонтьеву).
4. Обучающий эксперимент (классификация геометрических фигур).
5. Доска Сегена.
6. Установление последовательности событий.
7. Классификация (детский вариант).
8. Методика Пьерона-Рузера.

1. Нелепицы

Картинка с изображением нелепых ситуаций заимствована из методического пособия С.Д. Забрамной «Отбор детей во вспомогательные школы».

Инструкция и техника проведения. Картинка предъявляется ребенку нейтрально: «Сейчас я закончу готовиться к нашей работе, а ты пока, чтобы не скучать, посмотри вот эту картинку». Ребенок получает картинку в руки, а экспериментатор, делая вид, что занят делом, в течение 30 сек незаметно для ребенка наблюдает за ним, фиксируя возможные проявления ориентировочной деятельности. Через 30 сек картинка отбирается у ребенка, экспериментатор фиксирует спонтанные проявления испытуемого. Если ребенок молчит, ему задаются вопросы в такой последовательности.

Понравилась тебе картинка?	Если просто утвердительный ответ, то задается следующий вопрос
Что тебе понравилось?	Если ребенок не начинает перечисления фрагментов ситуации, то следующий вопрос
Что там нарисовано?	Если фрагментов воспроизводится мало или воспроизведение вялое, требуется стимуляция в виде вопросов
А еще что? Может быть вспомнишь?	Фиксируются ответы, а если их нет, задается вопрос
А может ли такое быть в жизни? Может быть тут что-то перепутано?	Здесь возможна опора на отдельные фрагменты, ранее названные ребенком

В тех случаях, когда ребенок сразу оценивает ситуацию как нелепую («тут все перепутано») и активно называет запомнившиеся ему фрагменты, все перечисленные вопросы соответственно снимаются.

2. Заучивание 10 слов

Методика используется для исследования непосредственного запоминания, однако сам процесс заучивания предъявляемых слов дает представление о таких качествах внимания, как устойчивость и концентрация, о способности ребенка к относительно длительной целенаправленной деятельности, не подкрепленной каким-либо значимым для ребенка наглядным материалом или игровой ситуацией, и заключающейся в однообразном повторении слов за экспериментатором.

Инструкция и техника проведения. Экспериментатору требуется набор из десяти односложных или двусложных слов, не связанных между собой по смыслу.

Перед началом эксперимента необходимо пояснить смысл предстоящей работы: «Сейчас я хочу проверить, как ты умеешь запоминать слова». Далее следует традиционная инструкция: «Я буду говорить тебе слова, а ты слушай их внимательно и постарайся запомнить. Когда я кончу говорить, ты повторишь столько слов, сколько запомнил, в любом порядке». Инструкция при втором предъявлении: «Сейчас я повторю те же слова еще раз. Ты снова будешь повторять их вслед за мной, причем будешь говорить и те слова, которые уже назвал в прошлый раз и новые, какие запомнишь». При пятом предъявлении слов нужно сказать ребенку: «Сейчас я прочитаю слова в ПОСЛЕДНИЙ раз, а ты постарайся повторить побольше».

При отсроченном воспроизведении в конце исследования, в тех случаях, когда ребенок не мог вспомнить ни одного слова, возможно напоминание ему первого слова из предъявленного набора.

3. Опосредствованное запоминание (по Леонтьеву)

Способность к опосредствованному запоминанию, отражая определенный уровень развития высших форм памяти, является в то же время существенной характеристикой интеллектуальной деятельности в целом. За основу взята IV серия методики Леонтьева, которая была видоизменена. Вместо традиционно предъявляемых в ней 15 слов для запоминания и 30 карточек для выбора опосредующих звеньев, было оставлено лишь 5 слов и соответственно 16 карточек.

Слова: пожар, дождь, труд, ошибка, горе.

Карточки: столовый прибор, школьная доска, булочная, расческа, солнце, глобус, кувшин, петух, забор, детские штанишки, лошадь, уличный фонарь, ботинки, часы, заводские трубы, карандаш.

Инструкция и техника проведения. С участием ребенка раскладываем на столе карточки, уточняем, знакомы ли ему наиболее трудные из них. Инструкция: «Сейчас ты опять будешь запоминать слова, но уже немного по-другому. Я буду говорить тебе слово, а ты, чтобы легче было его запомнить, будешь выбирать какую-нибудь одну из карточек, но такую, которая поможет тебе вспомнить это слово. Слова, которые я буду тебе говорить, нигде здесь не нарисованы, но всегда можно найти такую карточку, которая сможет напомнить тебе это слово».

Первым предъявляется слово «пожар». Если ребенок в течение 15 сек не начинает работу, возможно, не понимая инструкции, она предъявляется повторно, в уточненном варианте: «Тебе надо запомнить слово «пожар». Посмотри внимательно, какая карточка сможет напомнить тебе про пожар».

Если в течение 30 сек ребенок не может сделать выбор, то ему дается урок на примере слова «пожар». Экспериментатор берет карточку с изображением заводских труб и поясняет: «Видишь, здесь нарисованы заводские трубы, из них идет дым. Этот дым тебе и напомнит потом про слово «пожар», потому что при пожаре всегда бывает дым».

Затем последовательно предъявляются слова «дождь», «труд», «ошибка», «горе». На выбор карточки отводится время до одной минуты. Если за это время выбор не произведен, предъявляется следующее слово. Никакой обучающей помощи больше не оказывается, возможна лишь организующая помощь: «Подумай, какая карточка сможет напомнить тебе слово...?»

После выбора каждой карточки необходимо спрашивать у ребенка объяснение связи: «Как тебе эта карточка напомнит про слово...?»

Обязательно фиксируется время каждого выбора.

При оценке результатов учитывались такие факторы, как понимание ребенком инструкции, способность к нахождению опосредующих символов, содержательность объяснения того или иного выбора, продуктивность опосредования в целях запоминания, необходимость и количество оказанной помощи.

4. Обучающий эксперимент

Материалом для методики служат два набора карточек (по 24 в каждом) с изображением геометрических фигур, различающихся цветом, формой и величиной. Один набор используется в основном задании, второй – в контрольном. Кроме того, карточки основного набора дублируются на отдельной таблице, используемой для изучения ориентировочной деятельности. Эксперимент делится на три этапа: ориентировочный, основное задание и аналогичное задание.

Ориентировочный этап. Ребенку издали показывают карточки основного набора со словами: «Эти карточки тебе надо разложить на группы (на кучки) – подходящие с подходящими. Но сначала посмотри на эту доску – тут они все нарисованы – подумай, как будешь делать». Предъявляется таблица в течение 30 сек для свободной ориентировки, во время которой экспериментатор не дает никаких пояснений, а лишь фиксирует в протоколе слова и действия испытуемого. Затем таблица убирается и в работе больше не используется.

Основное задание. Ребенку дают карточки основного набора в перетасованном виде.

I задача

«Разложи эти карточки: подходящие с подходящими, можешь сделать 3 или 4 группы». После этой инструкции в течение 30 с фиксируются действия или высказывания ребенка.

Если ребенок не приступает к работе или, наоборот, действует поспешно и хаотично, можно оказать ему организующую помощь: «Выложи несколько карточек на стол» или «Не спеши, выкладывай аккуратней, по одной» (это отмечается в протоколе).

Ребенок может начать правильную группировку по цвету или по форме, если же он не смог выделить признак, экспериментатор начинает обучение с выделения цвета.

I урок. Выбираются 2 карточки, различающиеся только одним признаком (например, большой зеленый и большой красный треугольник) и спрашивают у ребенка: «Чем отличаются эти картинки, чем они похожи? Они отличаются цветом: одна зеленая, другая красная» (если ребенок сам не называет различия). Затем в течение 30 сек фиксируются действия испытуемого. Если правильная раскладка не начата, то дается второй урок.

II урок. К двум лежащим на столе карточкам добавляется третья, сходная с одной из них по цвету (например, большой красный ромб), и задается вопрос: «Куда мы положим эту карточку – сюда или сюда?». Если ребенок не дает верного ответа, экспериментатор продолжает: «Мы положим ее сюда, потому что она тоже красная». После этого в течение 30 сек снова фиксируются действия и высказывания ребенка. Если правильная группировка не начата, дается третий урок.

III урок. Рядом с предыдущими выкладывается еще одна карточка – желтого цвета – со словами: «Сюда будем класть все красные, сюда – все зеленые, сюда – все желтые». Затем опять протоколируются действия и высказывания ребенка. Если этой помощи недостаточно, экспериментатор продолжает обучение с интервалами в 30 сек.

IV, V, VI уроками обозначается укладка каждой последующей карточки, выполненная с соответствующими словесными пояснениями самим экспериментатором. В протоколе отмечается номер урока и дальнейшие действия ребенка.

По окончании раскладки фиксируется общее время, и затем экспериментатор говорит: «Ты разложил карточки на группы, но скажи мне, как ты их раскладывал, почему ты положил вместе именно эти карточки, а не другие?» Если ребенок не может ответить на этот вопрос, экспериментатор сам формулирует принцип раскладки: «Мы разложили карточки по цвету: зеленые, красные, желтые». Но в протокол заносятся слова ребенка.

II задача

Экспериментатор перемешивает все карточки и предъявляет их ребенку со словами: «Теперь разложи их по-другому, тоже подходящие с подходящими, но уже иначе – на 4 группы» (или на три, если ребенок в первой задаче раскладывал карточки по форме). После этого в течение 30 с в протоколе фиксируются действия ребенка. Здесь также возможна организующая помощь, которая заносится в протокол. Если ребенок на-

чинает группировать карточки по признаку, использовавшемуся в первой задаче, то фиксируется в протоколе как «проявление инертности».

Если правильная раскладка не начата в течение 30 с, экспериментатор вновь начинает обучение по схеме, ориентируя ребенка на *признак формы*.

III задача

Экспериментатор вновь перемешивает карточки и дает их ребенку со словами: «В последний раз разложи их на группы, подходящие с подходящими, но иначе, так, чтобы получилось всего две группы». В течение 30 сек протоколируются самостоятельные действия испытуемого. Возможно оказание организующей помощи. Если по истечении 30 с ребенок не начал раскладку, ему оказывается помощь по прежней схеме, но уже с ориентацией на **ВЕЛИЧИНУ ФИГУР**.

Аналогичное задание. Ребенку предъявляется второй набор карточек (в целях сокращения времени раскладки количество карточек в аналогичном задании сокращено до 12 штук (2 формы, 2 величины, 3 цвета) со словами: «Ты уже научился складывать карточки. Это другие, но их тоже можно разложить на группы по разным признакам. Сделай это или расскажи, как будешь делать». Не следует называть признаков или оговаривать количество групп. Свободное перечисление всех трех признаков оценивается как логический перенос.

5. Доска Сегена

Используется вариант доски Сегена № 6, пазы которой могут быть заполнены только комбинацией нескольких вкладок. Кроме обязательной регистрации общего времени, затраченного на выполнение задания, обращается внимание на способы действий ребенка, характер ошибок, особенности моторики, активности.

Предъявление: экспериментатор молча высыпает на стол детали и делает вид, что занят своим делом, при этом осторожно наблюдает за ребенком в течение 30 сек, стараясь не отвечать на его вопросы. Если в течение ориентировочного этапа ребенок не начал работу, следует инструкция: «Сложи эти фигурки, как было раньше. Положи их на место».

В довольно частых затруднениях, встречающихся лишь при укладке 6-угольника, ребенку оказывается дозированная помощь (по истечении 45 секунд) в такой последовательности:

1. «Попробуй сложить на столе!» (если получалось: «Положи на место!»).

2. Экспериментатор сам складывает фигуру и предлагает вложить ее в паз.

3. Экспериментатор вкладывает одну половину фигуры в паз.

4. Экспериментатор собирает всю фигуру в паз и предлагает ребенку повторить его действия.

6. Последовательность событий

Используется серия из пяти картинок «Волки», которая предъявляется ребенку в неполном виде (без последней картинке) со следующей *инструкцией*: «Все эти картинки связаны между собой, все они про одного и того же мальчика. Разложи их, пожалуйста, на столе по порядку так, чтобы было видно, где начало и где конец, и придумай по ним рассказ».

Если ребенок разложил картинки в неверной последовательности, ему не указывают на это сразу (лишь фиксируют в протоколе), во-первых, потому что даже при неверной раскладке возможен вполне логичный рассказ; во-вторых, потому что в процессе рассказа он сам сможет изменить порядок карточек.

Если же рассказ не получается, надо указать ребенку на ошибку и предложить ему изменить порядок раскладки. Если ребенок не может сам разложить картинки последовательно, то правильную раскладку осуществляет экспериментатор.

После составления рассказа по четырем картинкам ребенку предлагается завершить его: «Ты придумал неплохой рассказ, и очень интересно узнать, чем же все это кончилось. Попробуй придумать конец к своему рассказу». Все высказывания ребенка фиксируются в протоколе.

После выполнения (либо невыполнения) этой части задания предъявляется пятая картинка: «Вот еще одна картинка. Скажи, подходит она к твоему рассказу или нет?» Если ребенок отвечает утвердительно, то экспериментатор спрашивает: «Куда положить эту картинку? Найди для нее место».

После того, как картинка уложена, ребенку предлагается описать ее содержание в связи с предыдущим рассказом. Если ребенок никак не связывает ее с рассказом, его просят описать содержание этой картинки.

В том случае, если ребенок составил рассказ, придумал к нему окончание, а затем связал последнюю картинку с рассказом, увидев в ней окончание, его спрашивают: «Какой конец лучше: тот, который ты придумал, или тот, который здесь нарисован?»

7. Классификация

Для работы используются следующие карточки из стандартного набора предметной классификации: 1 – моряк, 2 – свинья, 3 – платье, 4 – ландыш, 5 – лиса, 6 – куртка, 7 – мак, 8 – уборщица, 9 – голубь, 10 – яблоко, 11 – книги, 12 – бабочка, 13 – ребенок, 14 – дерево, 15 – кастрюля.

1 этап

Перед ребенком на столе раскладываются первые четыре карточки. Затем следует инструкция: «Вот перед тобой лежат четыре картинки (называется каждая). Сейчас я буду давать тебе другие картинки, а ты должен будешь мне говорить, куда их класть, к какой из этих картинок, которые лежат на столе, они подходят. Вот лиса. Куда ее нужно положить? К этой? К этой? Или этой?»

Если ребенок объединяет предметы по конкретно-ситуативному или случайному признаку, то ему дается ОБУЧАЮЩИЙ УРОК. Экспериментатор сам укладывает карточку, объясняет, почему он туда ее положил и дает название собранной группе («животные»), в последующем требуя обобщенные названия других групп.

Если ребенок собирает группу правильно, но в объяснении опирается на несущественные признаки или не может дать название группе, то экспериментатор дает верное объяснение или название (либо то и другое).

Возможны случаи, когда экспериментатор находит место карточке, а ребенок быстро улавливает верную связь и дает правильное название.

Если при предъявлении следующей карточки (куртки) ребенок опять кладет ее не туда куда следует, целесообразна следующая помощь – уточняющий вопрос: «Может быть, лучше положить ее в другое место? Подумай, куда лучше ее положить?».

Если этот прием не помогает, то: «Посмотри, мы положили вместе свинью и лису. Почему мы так сделали? Потому, что они животные! А это что? (показывая на куртку и платье)».

В последующем можно обращаться к любой правильно собранной группе. Если помощь такого рода оказывается неэффективной, дается полный обучающий урок (группа, название, объяснение).

II этап

Предъявляется карточка «яблоко». Ребенка предупреждают, что названия уже собранных групп могут меняться из-за новых картинок. Поскольку методика построена по типу обучающего эксперимента, помимо дозированной помощи, в ее структуру специально введена сложная группа, состоящая из разнородных предметов и в большинстве случаев собираемая экспериментатором. Цель – проверить усвоение ребенком общего понятия и применение его на практике.

Ребенку предъявляется картинка с книгами, которая должна быть сгруппирована вместе с прежде собранной группой «одежда» и названа «вещи». Экспериментатор вмешивается в работу испытуемого в указанном выше порядке.

III этап

Начинается с последних четырех картинок (с 12 по 15). На этом этапе допустима лишь «уточняющая помощь» (то есть уточнение словесных формулировок), так как именно здесь выявляются окончательные показатели обучаемости ребенка на материале данной методики.

8. Методика Пьерона-Рузера

Методика дает представление о скорости и качестве формирования простого навыка, усвоения нового способа действий, позволяет получить информацию об объеме и устойчивости произвольного внимания, о развитии моторики рук.

Экспериментатор кладет перед ребенком чистый бланк и, заполняя пустые фигурки образца, говорит: «Смотри, вот в этом квадратике я поставлю точку, в треугольнике – вот такую черточку (вертикальную), круг оставлю чистым, ничего в нем не рисую, а в четырехугольнике – вот такую черточку (горизонтальную). Все остальные фигурки ты заполнишь сам, точно так же, как я тебе показала».

После того, как ребенок приступил к работе, экспериментатор включает секундомер и фиксирует количество знаков, заполненных ребенком за одну минуту (всего дается 3 минуты), отмечает точкой или чертой прямо на бланке.

Желательно фиксировать (хотя бы приблизительно), с какого момента ребенок начнет работать по памяти, то есть без опоры на образец. В протоколе необходимо отмечать, как ребенок заполняет фигуры: старательно, аккуратно или небрежно.

При обработке учитывается общее количество заполненных фигур, их число за каждую минуту, количество ошибок.

II. КОМПЛЕКС МЕТОДИК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (Е.С. Слепович)

1. Картинка с нелепыми ситуациями.
2. Опосредствованное запоминание (по Леонтьеву).
3. Доска Сегена.
4. Прогрессивные матрицы Равена (модификация Т.А. Розановой).
5. Кубики Кооса.
6. Комплект методик, разработанных под рук. Л.А. Венгера (используются методики 1а, 2а, 2, 3, 4, 5).
7. Установление последовательности событий
8. Методика «Четвертый лишний»

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ОТДЕЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПРИЯТИЯ ФОРМЫ, ВЕЛИЧИНЫ, ЦВЕТА, СЛУХОВОГО ГНОЗИСА

- методика «Разрезные фигуры»;
- методика Л.А. Венгера № 2–№ 4;
- «Цветные кубики»;
- методика «Вкладные разноцветные стаканчики (коробочки, пирамидки)»;
- методика «Кубики Кооса»;
- методика «Доска Сегена»;

- раскладывание палочек (брусочков) соответственно заданному образцу;
- подбор по образцу и называние цветов;
- подбор по образцу геометрических фигур;
- узнавание реальных объектов;
- методика «Фигуры Поппельрейтера»;
- методика «Химерные изображения»;
- методика «Перечеркнутые изображения»;
- узнавание недорисованных контурных изображений;
- узнавание и воспроизведение мелодии известной песни;
- различение и воспроизведение ритмических последовательностей.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВНИМАНИЯ И РАБОТОСПОСОБНОСТИ

- методика «Пьерона – Рузера»;
- методика «Корректирующая проба»;
- методика «Таблицы Шульте»;
- картинка с нелепыми ситуациями;
- методика «Счет по Крепелину»

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАМЯТИ

- Запоминание 2 групп по 3 слова;
- заучивание 10 слов;
- методика «Двойной стимуляции» (опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву);
- методика «Пиктограммы»;
- пересказ рассказа;
- запоминание 6 фигур;
- запоминание 6 букв;
- описание сюжетной картинки по памяти;
- воспроизведение рассказа;
- рассказать наизусть стихотворение.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЫШЛЕНИЯ

- методика «Классификация предметов»;
- методика «Исключение предметов»;
- методика Россоломо;
- стандартные прогрессивные матрицы Дж. Равена;
- методика Выготского–Сахарова;

- кубики Кооса;
- методика «Последовательность событий»;
- методика «Четвертый лишний»;
- методика «Существенные признаки»;
- методика «Сравнение понятий»;
- методика «Простые аналогии»;
- методика «Сложные аналогии»;
- обучающий эксперимент по А.Я. Ивановой;
- понимание содержания литературных текстов;
- объяснить смысл пословиц, поговорок, метафор;
- заданный и свободный ассоциативный эксперимент по А.Р. Лурия;
- определение понятия;
- «Заполнение пропущенных в тексте слов».

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

МЕТОД КЛИНИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ

Метод клинической беседы является неотъемлемой частью построения диагностической гипотезы и позволяет собрать данные об особенностях психофизического развития ребенка, недоступных для выявления при помощи экспериментальных методик. Полученные результаты должны учитываться при планировании, проведении и анализе хода обследования. Беседа состоит из двух блоков: беседа с родителями и беседа с ребенком.

Беседа с родителями нацелена на получение информации о:

- представлениях родителей о нормативном развитии ребенка;
- условиях и особенностях протекания беременности и родов;
- режиме дня ребенка;
- раннем психомоторном развитии ребенка;
- особенностях аффективно-личностной сферы: контакта, интереса к взрослому, инициативности в процессе общения, понимания эмоциональных состояний других людей, морального поведения;
- темпах, сроках и особенностях речевого развития;
- сроках и сферах формирования бытовых навыков и навыков самообслуживания;
- особенностях взаимодействия ребенка с окружающей предметной средой;
- выраженности и симптоматике критических периодов развития ребенка;
- особенностях формирования игровой деятельности ребенка: игровые

интересы, содержание сюжетных игр, становление игры как совместной деятельности, предпочитаемые игровые атрибуты, принимаемые роли, речевое сопровождение игровой деятельности;

- особенностях познавательной и учебной деятельности: интересы ребенка, активность в познании окружающего мира, мотивация к обучению, сформированность учебных навыков, особенности адаптации к условиям школьного обучения, успешность в обучении;
- особенностях взаимодействия со сверстниками: потребность в общении со сверстниками, умение устанавливать контакт с ровесниками, избирательность контактов со сверстниками, преобладающие формы общения со сверстниками (ситуативно-деловое, ситуативно-личностное, внеситуативно-деловое, внеситуативно-личностное), способы взаимодействия со сверстниками (речевые, предметные), статус в группе;
- особенностях детско-родительских отношений: эмоциональное предпочтение ребенком одного из родителей, ожидания в адрес ребенка, содержание и форма предъявляемых требований, формы совместного с ребенком времяпрепровождения и удовлетворенность ими родителями и ребенком, эмоциональный контакт с ребенком, условия одобрительного и порицающего отношения к ребенку;
- особенностях моральной регуляции поведения ребенка: выполнение ребенком требований взрослых, инициативность ребенка в следовании моральным нормам, моральная регуляция поведения в отношениях со сверстниками;
- особенностях поведения ребенка в конфликтных ситуациях;
- динамических особенностях деятельности ребенка: утомляемость ребенка, работоспособность, темп и ритм деятельности, произвольность деятельности;
- особенностях соматического состояния ребенка на протяжении детства: болезни, признаки неврологического неблагополучия, госпитализация.

Беседа с ребенком нацелена на получение информации о:

- осознании ребенком своих проблем;
- представлениях ребенка о его месте в структуре межличностных отношений со сверстниками: потребность в общении со сверстниками, умение устанавливать контакт с ними, избирательность контактов со сверстниками, преобладающие формы общения со сверстниками (ситуативно-деловое, ситуативно-личностное, внеситуативно-деловое, внеситуативно-личностное), способы взаимодействия со сверстниками (речевые, предметные), статус в группе сверстников;
- представлениях ребенка о его месте в структуре семейных отношений (с родителями, бабушками и дедушками, сиблингами): эмоциональное

предпочтение одного из членов семьи, ожидания членов семьи в адрес ребенка и ребенка в их адрес, содержание и формы предъявляемых требований, формы совместного с ребенком времяпрепровождения и удовлетворенность ребенка ими, эмоциональный контакт ребенка с членами семьи, условия одобрительного и порицающего отношения к ребенку, представления ребенка о равноценности требований родителей в адрес сиблингов, представления ребенка о его отношениях с миром взрослых: тревожность и страхи по отношению к взрослым, значимость оценок и отношений взрослого, следование требованиям взрослых;

- особенностях игровой деятельности: игровые интересы, содержание сюжетных игр, становление игры как совместной деятельности, предпочитаемые игровые атрибуты, принимаемые роли, речевое сопровождение игровой деятельности;
- особенностях познавательной и учебной деятельности: интересы, активность в познании окружающего, мотивация к обучению, сформированность учебных навыков, особенности адаптации к школе, успешность в обучении;
- представлениях ребенка о своем будущем;
- особенностях моральной регуляции поведения ребенка: выполнение ребенком требований взрослых, инициативность ребенка в следовании моральным нормам, моральная регуляция поведения в отношениях со сверстниками;
- особенностях поведения ребенка в конфликтных ситуациях:
- динамических особенностях деятельности ребенка: утомляемость ребенка, работоспособность, темп и ритм деятельности, произвольность деятельности;
- представлениях ребенка о своем «Я»: физическое «Я», положение в группе сверстников, самооценка, уровень притязаний, моральные качества.

Учебное издание

ЛОГОПСИХОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие

Авт.-сост.

Лауткина Светлана Владимировна

Технический редактор	А.И. Матеюн
Корректор	А.В. Говорова
Компьютерный дизайн	Г.В. Разбоева

Подписано в печать 27.12.2007. Формат 60x84¹/₁₆. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Усл. печ. л. 10,11. Уч.-изд. л. 10,05.
Тираж 140 экз. Заказ 177.

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»
Лицензия ЛВ № 02330/0056790 от 1.04.2004.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»
210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.