

с. 303 - 306  
Дальневосточный

*Материалы V Международной  
научно-практической конференции*

**ПСИХОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА  
В УСЛОВИЯХ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ**

Тамбов 2015

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТРУДНОСТЕЙ УЧЕНИЯ РЕБЕНКА В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

*А.А. Давидович*

Белорусский государственный педагогический университет  
им. М. Танка, majorova\_n@rambler.ru

Эффективность применения теоретических конструктов и методов нейropsихологии к детям с трудностями учения<sup>1</sup> в общеобразовательной школе подтверждена множеством исследований [1, 2]. Анализ работ позволяет заключить, что связь мозговой организации и функциональных проявлений не носит жестко детерминированного характера. Этому факту соответствует и современное понимание нейробиологических основ развития психики ребенка, для которого характерно признание сложного взаимодействия факторов среды и наследственности, конструктивной самоорганизации структурно-функциональных систем, важности ранних этапов развития ребенка [3].

Анализируя механизмы трудностей учения в общеобразовательной школе, мы предлагаем рассмотреть возможные варианты фионогенеза мозга ребенка, вызвавшие их к жизни. Эти варианты анализируются нами в плоскости индивидуальных различий в детском возрасте [2].

Вариант №1. У новорожденного ребенка вследствие неблагоприятного прохождения через родовые пути или воздействия вредоносных факторов во внутриутробном периоде поврежден какой-то участок мозга. Последствия этих повреждений сразу очевидны специалистам и родителям, дальнейший онтогенез такого ребенка несет на себе их отпечаток. Случаи трудностей учения у данной группы детей широко распространены: страдают и фоновые, и операциональные компоненты учебной деятельности. Данная группа составляет, по нашим данным, 31% от общего количества детей с трудностями учения и требует раннего вмешательства и длительного коррекционного воздействия [2]. Как правило, эти дети своевременно попадают в поле зрения специалистов и, при удачном стечении обстоятельств, помощь им оказывается в период раннего развития, то есть тогда, когда компенсаторные возможности детского мозга наиболее велики.

---

<sup>1</sup> Нам представляется целесообразным, вслед за Т.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой проблемы учителей и школьников обозначать по-разному: «если их рассматривать с точки зрения учителя, то это будут «трудности в обучении», а если с точки зрения ученика – тогда это «трудности учения»[1, С.6]

Вариант №2. У новорожденного ребенка вследствие неблагоприятного прохождения через родовые пути или воздействия вредоносных факторов во внутриутробном периоде поврежден какой-то участок коры больших полушарий. В отличие от варианта, упомянутого выше, внешние последствия этого проявления на этапе новорожденности отсутствуют. Это происходит вследствие того, что созревание «заинтересованного» участка мозга и интеграция его в систему функциональных связей с другими отделами «запланировано» на более поздний период развития, то есть в периоде новорожденности он еще не востребован извне, в связи с чем его недостаточность оказывается незамеченной [3]. Тем не менее, через несколько месяцев, лет наступит момент, когда мозг (весь организм и внешняя среда) предъявит к пострадавшему участку требования. Тогда и появятся внешние проявления негативных событий, происшедших значительно раньше. Эта группа детей в качестве проблемной обнаруживает себя, чаще всего, в период становления речи и в момент начала школьного обучения в связи с недостаточностью операциональных составляющих учебной деятельности, характер которой варьирует в зависимости от месторасположения и роли в общем функциогенезе «заинтересованного» участка. По нашим данным количество таких детей в группе детей с трудностями учения составляет 51% [2].

Вариант №3. Мозг новорожденного не имеет видимых изменений. Тем не менее, в развитии ребенка со временем обнаруживаются не только функциональные, но и функционально-органические проблемы, ход психического развития может быть изменен. А.В. Семенович объединяет этих детей в синдромную группу «Дети с функциональной несформированностью лобных отделов мозга» [4]. В качестве основного радикала нарушений психической деятельности А.В. Семенович выделяет «...недостаточность саморегуляции, программирования и контроля протеканием собственной деятельности» [4, С. 116]. В.И. Гарбузов предлагает рассматривать данный вид отклоняющегося развития как один из вариантов «психического инфантилизма», представляющего собой совершенно особую, «социальную» патологию [5]. Он целиком обусловлен неправильным воспитанием, когда здорового сделали незрелым и развитие лобных функций мозга искусственно задержали. Ребенок рождается психически и физически здоровым, но эгоцентрический или тревожно-мнительный характер воспитания культивирует в нем черты инфантильности. За ребенка думают и делают родители, они же убирают препятствия с его жизненного пути, планируют как, во что и с кем он будет играть, что одевать, кушать, обувать, куда и с кем ходить гулять. Ребенок не имеет возможности самостоятельно программировать, контролировать и организовывать собствен-

ную деятельность. Он уже давно вышел из того возраста, когда не умеют самостоятельно одеваться или кушать, но его капризам продолжают потакать, не ограничивая эгоцентрические проявления. Ребенок не знает слов «надо», «нельзя», социальных норм поведения, контроль не становится самоконтролем, а организация - саморганризацией. Чрезвычайно важным, на наш взгляд, является понимание того, что, описанные выше неадекватные воспитательные воздействия приводят к исчезновению полноценной, творческой игры из жизни ребенка.

Нарушения, наступающие вследствие неадекватных воспитательных воздействий, носят не только функциональный, но и, с течением времени, функционально-органический характер [5]. Развитие соотношения «мозговая структура-функция» является двухвекторным процессом взаимодействия: не только функция зависит от структуры, но и мозговая архитектура зависит от опыта функционирования [3]. Неадекватные внешние, воспитательные воздействия ведут к отклонениям или задержке в развитии и созревании нервных клеток [3]. Они могут не изменить общей формы мозга, но вызвать нарушения деятельности нервной системы. Развитию каждой новой функции предоставляется строго определенный период в жизни ребенка и если в этот временной отрезок развитие данной функции или освоение нового навыка не состоялось, то мозг «фиксирует» их отсутствие образованием обедненных связей, незавершенностью нейронного созревания, а затем приступает к формированию следующей функции. Последующая функция определенным образом зависима от предыдущей и тоже формируется неправильно. «Пропущенная» функция самостоятельно уже не развивается. У данной группы детей страдают функциональные системы, имеющие длинный «путь» онтогенетического развития - формации лобных отделов коры головного мозга. В дальнейшем, такие дети обнаруживают не только трудности социализации, но и учения. Нередко про таких детей говорят: «Может учиться, но не хочет». Давая описание детям с функциональной несформированностью лобных отделов мозга, А.В. Семенович указывает, что «...любая учебная программа усваивается ребенком с трудом, а подчас и с отвращением - ведь она сопряжена с соблюдением ряда правил...» [4]. Нарушения мотивационного компонента учебной деятельности сочетаются с нарушениями волевой регуляции. По нашим данным, количество таких учеников среди других детей с трудностями учения составляет 18% [2].

В.И. Гарбузов указывает, что ребенок, чей психический инфантилизм врожден или приобретен в первые месяцы жизни, нуждается в квалифицированной помощи специалиста-психоневролога [5]. Ребенок же, у которого недоразвитие формаций лобной области вызвано неадекватными воспитательными воздействиями, нуждается в психо-

логической помощи, которая, может и должна быть реализована, в первую очередь, через игровую деятельность.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина, Т.В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т.В Ахутина, Н.М Пылаева. – СПб: Питер, 2008. – 320 с.
2. Давидович, А.А. Усвоение понятия числа и счетных операций первоклассниками с нейропсихологическими синдромами отклоняющегося развития: дис. ... канд. псих. наук : 19.00.10 / А.А. Давидович. – Минск, 2006. – 156 с.
3. Скворцов, И.А. Детство нервной системы / И.А. Скворцов. – М.: Тривола, 1995. – 96 с.
4. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: Учебное пособие / Цветкова Л.С. [и др.] ; под ред. Л.С. Цветковой. – М.: МПСИ, «МОДЭК», 2001. – 320 с
5. Гарбузов, В.И. Нервные дети: Советы врач / В.И. Гарбузов. – Л.: Медицина, 1990. – 206 с.

## РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: КЛИНИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

*Р.Б. Каримова, Д.Г. Асубаева*

Казахский Национальный Педагогический Университет им. Абая,  
dinara.asubayeva@yandex.ru

Аутизм может быть похожим на различные специфические нарушения развития речи, поскольку один из основных симптомов аутизма (и обычно, первый симптом, который волнует родителей) - это отставание речевого развития или полное отсутствие речи.

Также, как при аутизме нет единых характерных критериев, а целый спектр расстройств, так и речевые отклонения характеризуются «спектром». У аутичного ребенка речь может нормально развиваться, может полностью отсутствовать, могут отсутствовать даже какие-либо намеки на коммуникации с окружающими, у другого ребенка речь может развиваться на более позднем этапе, может также в какой-то момент ребенок потерять все свои речевые навыки. Аутичные дети часто имеют ограниченный запас слов, эхολалию, постоянными и чрезмерными вокализациями, или «немотой» в отдельных ситуациях. Некоторые аутисты имеют речевые навыки, и произносят слова, но вне контекста,

и не используют речь для общения и коммуникации, отсроченная речь, так называемая эхолалия [1].

При высокофункциональном аутизме или синдроме Аспергера речь звучит искусственно, напыщенно, не выполняет функцию коммуникации и социальных правил.

Ранний детский аутизм (РДА) рассматривают в круге диссоциированного дизонтогенеза, одним из кардинальных проявлений которого являются нарушения развития речи. L.Kanner к одному из основных проявлений синдрома аутизма отнес искаженное развитие речи с только ему присущим неправильным использованием глагольных форм и местоимений по отношению к собственной личности, запоздалую эхолалию, проявляющуюся в буквальном повторении вопросов с сохранением не только слов, но и интонаций. L.Bender описала своеобразное «деревянное», «чревоушательное» качество речи, механические модуляции голоса, особенности его высоты и тональности при этом виде патологии.

В.Hermelin и N. O'Connog, изучая особенности речи, мышления у детей с аутизмом и с задержками развития на фоне недостаточности слуха и зрения, пришли к выводу, что аутисты не интегрируют текущий опыт с предшествующими схемами и представлениями, а запоминание, «эхоязык» у них лучше, чем у последних. При этом текст со смысловым содержанием они запоминают не намного лучше, чем бессмыслица, у них снижена оценка грамматического строя речи. T.Shapiro и G.Ginsberg, анализируя качественные и количественные различия речи детей, больных РДА, и отстающих в развитии, выявили преобладание эхолалий в речи первых и значение подражания для вторых. По их мнению, наиболее характерным для речи детей с аутизмом является одновременное сочетание «жаргона», «неполной» и «зрелой речи».

В.М. Башина: при аутизме свойственны неравномерность созревания речевой, как и других сфер жизнедеятельности, нарушение иерархических взаимоотношений между простыми и сложными структурами в пределах каждой функциональной системы [2]. Отсутствуют явления вытеснения, примитивных структур сложными как это происходит в норме. В пределах каждой психической функции, особенно: речевой и моторной наблюдается хаотическое переслаивание примитивных и сложных функций, что и отличает их от нормы, что ведет к диссоциации развития личности.

По мнению ряда авторов, когнитивные нарушения составляют основу дефекта при РДА, при этом патология речевого развития – его центральную часть. Речевой дефект заключается в нарушении понимания устной речи, осознания смысла прочитанного, что ведет к рез-