

А. И. Литвинчук

СВЯЗЬ ЭМПАТИИ С ЭКОЛОГИЧЕСКИМ САМОСОЗНАНИЕМ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА ЛИЧНОСТИ

Рассматривается понятие «экологическое самосознание» с точки зрения синергетического, гуманистического, динамического подходов; анализируется взаимосвязь экологического самосознания и эмпатии на протяжении онтогенетического развития личности.

Ключевые слова: синергетика, самосознание экологическое самосознание, гуманистический подход, динамический подход, эмпатия.

A. I. Litvinchuk

RELATION OF EMPATHY AND ECOLOGICAL SELF-CONSCIOUSNESS AT DIFFERENT STAGES OF PERSONALITY ONTOGENESIS

In the article the definition of the concept “ecological self-consciousness” from synergetic, humanistic and dynamic approaches is examined; interrelationship between ecological self-consciousness and empathy during ontogenetic development of personality is analyzed. Ecological self-consciousness of personality is not only a structural component of ecological culture, but also a representation of interaction with environment and with oneself, realizing oneself as a part of ecosystem and a unique personality at the same time. Ontogenetic development of empathy and self-consciousness as parts of human’s personality is determined by its individual psychological regularities of its development. Genesis of empathy from elementary one in early childhood to empathy as personal feature in adolescence is interrelated with development of ecological self-consciousness. Due to empathy self-consciousness develops from realizing of one’s own ego in the first year of life to socio-ecological self identification in adolescence.

Keywords: synergetics, self-consciousness, ecological self-consciousness, humanistic approach, dynamic approach, empathy.

Подано до редакції 17.05.2013

УДК: 371.928+371.916

З. Р. Маматова, А. В. Єгорова

КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Статья посвящена исследованию и изучению проблемы задержки психического развития детей, а также использования способов коррекции и компенсации нарушенных и недоразвитых функций, которые позволяют ослабить проявления вторичных нарушений в развитии детей с задержкой психического развития. Клинические исследования рассматриваемой категории детей направлены на изучение причин и клинико-нейрофизиологических механизмов отклонений в развитии и обусловленной ими психопатологической симптоматики, а также на выделение клинических вариантов задержки психического развития. Кроме этого в статье приведены данные нейрофизиологических исследований данной категории детей известных ученых, а также различные классификации задержки психического развития.

Ключевые слова: задержка психического развития, двигательная сфера, физическая подготовленность, физическое развитие, коррекция.

Понятие "задержка психического развития" употребляется по отношению к детям со слабо выраженной недостаточностью центральной нервной системы – органической или функциональной. У этих детей нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства из них наблюдается полиморфная клиническая симптоматика: незрелость сложных форм поведения, недостатки целенаправленной деятельности на фоне повышенной истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств.

Патогенетической основой этих симптомов является перенесенное ребенком органическое поражение цен-

тральной нервной системы (ЦНС) и ее резидуально-органическая недостаточность, на что указывают в своих исследованиях Г. Е. Сухарева, Т. А. Власова, М. С. Певзнер, К. С. Лебединская, В. И. Лубовский, И. Ф. Марковская и др. ЗПР может быть обусловлена и функциональной незрелостью ЦНС.

Задержки развития могут быть вызваны разными причинами: негрубым внутриутробным поражением ЦНС, нетяжелыми родовыми травмами, недоношенностью, близнецовостью, инфекционными и хроническими соматическими заболеваниями. Этиология ЗПР связана не только с биологическими, но и с неблагоприятными социальными факторами. Прежде всего это ранняя социальная депривация и влияние длительных пси-

хотравмирующих ситуаций.

В настоящее время достигнуты определенные успехи в клиническом, нейропсихологическом и психолого-педагогическом изучении детей с ЗПР.

Клинические исследования рассматриваемой категории детей направлены на изучение причин и клинико-нейрофизиологических механизмов отклонений в развитии и обусловленной ими психопатологической симптоматики, а также на выделение клинических вариантов ЗПР.

Данные нейрофизиологических исследований (Дробинская А. О., Фишман М. Н., 1995) свидетельствуют, что развитие мозговых структур и связей между ними отстает от возрастной нормы у большинства 6-8-летних детей, испытывающих трудности в обучении. Недоразвитие познавательной деятельности может быть обусловлено недостаточностью некоторых мозговых структур, в первую очередь, лобных и теменных отделов коры головного мозга. Замедлен процесс функционального объединения различных структур мозга, не сформировано их специализированное участие в реализации процессов восприятия, сличения, опознания, памяти, речи, мышления.

Можно выделить четыре клинико-психологических синдрома, которые определяют недостатки познавательной деятельности и обуславливают трудности в обучении.

Синдром психического инфантилизма связан с замедленным созреванием лобно-диэнцефальных систем мозга, что обуславливает эмоционально-личностную незрелость ребенка, который оказывается как бы на более ранней ступени развития эмоционально-волевой сферы.

Эмоционально-волевая незрелость может сочетаться с негрубыми нарушениями познавательной деятельности, речи, повышенной истощаемостью и перенасыщенностью активного внимания. Это обусловлено замедленным темпом развития структур левого полушария, в первую очередь, лобной и теменной областей, а также внутриволушарных и межполушарных связей. Вследствие этого у ребенка ослаблен контроль и регуляция деятельности. Эмоционально-волевая незрелость выражается в несамостоятельности, повышенной внушаемости, беспечности, преобладании игровых интересов. Мотивация деятельности определяется в основном стремлением к получению удовольствия. Ребенок с недоразвитием межличностных компонентов непродуктивен в учебных ситуациях, когда он должен подчиняться инструкции педагога и быть более активным в игре. Для таких детей характерна "детскость моторики" – суетливость, порывистость, недостаточная координированность движений.

Наряду с прогностическими благоприятными вариантами неосложненного инфантилизма выделяются осложненные его формы, при которых эмоциональная незрелость сочетается с энцефалопатическими расстройствами и более выраженными нарушениями по-

знавательной деятельности, такими как дисгармонический инфантилизм при психопатических состояниях, церебрально-органический, церебрально-эндокринный (К. С. Лебединская, 1980; И. Ф. Марковская, 1977).

В ряде случаев наиболее легкие формы психической незрелости клиницисты связывают с так называемой вторичной инфантилизацией, возникающей при неправильном воспитании ребенка в семье. В любом случае инфантилизм становится одной из причин школьной дезадаптации и неуспеваемости.

Церебрастенический синдром характеризуется низкой устойчивостью нервной системы к умственной и физической нагрузке. Церебрастенические расстройства могут возникать при различных нарушениях мозговой деятельности, чаще всего при гипертензионно-гидроцефальном синдроме (повышении внутричерепного давления). У таких детей увеличены размеры головы, выпуклый высокий лоб, на лбу и висках выражен сосудистый рисунок (венозная сеть).

Для таких детей характерны моторная неловкость, нарушения мелкой моторики. Неустойчив эмоциональный тонус, характерна резкая смена настроения, плаксивость, склонность к апатии.

В некоторых случаях родители такого ребенка считают его не по годам развитым, ошибочно ориентируясь на хорошую механическую память, многоречивость, склонность к рассуждениям. Однако при более пристальном внимании выясняется, что развита формальная сторона речи при недостатках ее смысловой стороны, ослаблена логическая память.

Наиболее характерны для этих детей повышенная утомляемость и истощаемость, что проявляется в расстройствах внимания, слабости произвольной деятельности. Если не учитывать возможностей ребенка, увеличивать учебную нагрузку, предъявлять непосильные требования, то велик риск нервно-психического срыва, расстройств сна и нарушения регуляции вегетативных процессов.

Часто у таких детей выделяются признаки дисфункции регуляторных структур мозга, преимущественно диэнцефальных отделов мозгового ствола. (А. О. Дробинская, Н. Н. Фишман, 1995).

Гипердинамический синдром (гиперактивности, или гиперкинетический) характеризуется общей двигательной расторможенностью, повышенной возбудимостью, обилием лишних движений, импульсивностью поступков. Эти признаки сочетаются с выраженной недостаточностью целенаправленного внимания, снижением его объема и концентрации. Нарушается произвольность регуляции поведения. Такие дети плохо подчиняются требованиям дисциплины, у них возникают проблемы в общении со сверстниками.

Психоорганический синдром нередко лежит в основе отклонений в формировании познавательной деятельности ребенка, при котором наряду с явлениями церебрастении и двигательной расторможенности наблюдаются признаки раннего органического поражения

головного мозга. Проявляться это может в виде вялости, замедленности любой деятельности, слабости побуждений, инертности. У некоторых детей инертность и медлительность умственной деятельности сосуществует с двигательной расторможенностью. Проявиться психоорганический синдром может и в психомоторной расторможенности и нарушении целенаправленной деятельности.

Нейрофизиологические исследования свидетельствуют, что даже при негрубых функциональных изменениях в теменной, височно-теменно-затылочной, височной областях, отмечаются изменения в процессах восприятия, анализа и переработки информации. У таких детей затруднен процесс формирования межанализаторных связей, которые обеспечивают, в частности, такие сложные виды деятельности, как чтение и письмо. Нарушения процессов приема и переработки сенсорной информации обуславливают недостатки образной сферы, зрительной и особенно слуховой памяти, трудности пространственной ориентировки.

У детей с психоорганическим синдромом страдает мелкая моторика и зрительно-моторная координация, что затрудняет овладение навыками самообслуживания и письма. Отражаются эти недостатки и на продуктивной деятельности (рисование, лепка), дети с психоорганическим синдромом, как правило, отстают в речевом развитии. Воздействие различных вредных факторов на мозг ребенка на разных этапах его развития может вызвать сложное сочетание, как симптомов негрубого повреждения, так и функциональной незрелости различных отделов коры головного мозга.

Для психической сферы детей с ЗПР типичным является сочетание частично недостаточных высших психических функций с сохранными. У одних детей преобладают черты эмоционально-личностной незрелости, и страдает произвольная регуляция деятельности; у других снижена работоспособность, у третьих более выражены недостатки внимания, памяти, мышления.

Трудность построения коррекционно-педагогического процесса в условиях специальных образовательных учреждений обусловлена тем, что задержка психического развития является сложным полиморфным нарушением и затрагивает различные аспекты психического и физического развития.

Как многообразны причины, обуславливающие ЗПР, так многообразны и ее проявления. Существует несколько классификаций задержки психического развития.

Первая клиническая классификация предложена Т. А. Власовой и М. С. Певзнер (1967). В данной классификации рассматриваются два варианта ЗПР. При первом варианте нарушения проявляются в эмоционально-личностной незрелости вследствие психического или психофизического инфантилизма.

При втором варианте на первый план выступают нарушения познавательной деятельности в связи со стойкой церебральной астенией.

Интересна классификация В. В. Ковалева (1979). Он выделяет три варианта ЗПР, обусловленных влиянием биологических факторов:

- дизонтогенетический (при состояниях психического инфантилизма);
 - энцефалопатический (при негрубых органических поражениях ЦНС);
 - ЗПР вторичного характера при сенсорных дефектах (при ранних нарушениях зрения, слуха), и
- и четвертый вариант В.В. Ковалев связывает с ранней социальной депривацией.

В практике работы с детьми с ЗПР более широко используется классификация К. С. Лебединской (1980), разработанной на основе этиопатогенетического подхода. В соответствии с данной классификацией различают четыре основных варианта ЗПР.

Задержка психического развития конституционального происхождения (гармонический психический и психофизический инфантилизм). При данном расстройстве на первый план в структуре дефекта выступают черты эмоциональной и личностной незрелости. Инфантильность психики часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с «детскостью» мимики, моторики, преобладанием эмоциональных реакций в поведении. Такие дети проявляют творчество в игре, эта деятельность для них наиболее привлекательна, в отличие от учебной. Заниматься они не любят и не хотят. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе, школьную адаптацию.

Задержка психического развития соматогенного генеза возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями сердца, почек, эндокринной и пищеварительной систем и др. Детей характеризуют явления стойкой физической и психической астении, что приводит к снижению работоспособности и формированию таких черт личности, как робость, боязливость. Дети растут в условиях ограничений и запретов, сужается круг общения, у них недостаточно пополняется запас знаний и представлений об окружающем мире. Нередко возникает вторичная инфантилизация, формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что наряду со снижением работоспособности и повышенной утомляемостью не позволяет ребенку достичь оптимально уровня возрастного развития.

Задержка психического развития психогенного генеза. При раннем возникновении и длительном воздействии психотравмирующих факторов могут возникнуть стойкие сдвиги в нервно-психической сфере ребенка, что приводит к невротическим и неврозоподобным нарушениям, патологическому развитию личности. В условиях безнадзорности может наблюдаться развитие личности по неустойчивому типу: у ребенка преобладают импульсивные реакции, неумение контролировать свои эмоции. В условиях гиперопеки формируются эгоцентрические установки, неспособность к волевым усилиям, к труду.

В психотравмирующих условиях происходит невро-

тическое развитие личности. У одних детей при этом наблюдаются негативизм и агрессивность, истерические проявления, у других – робость, боязливость, страхи, мутизм. При названном варианте ЗПР на первый план также выступают нарушения в эмоционально-волевой сфере, снижение работоспособности, несформированность произвольной регуляции поведения. У детей беден запас знаний и представлений, они не способны к длительным интеллектуальным усилиям.

Задержка церебрально-органического генеза. При этом варианте ЗПР сочетаются черты незрелости и различной степени поврежденности ряда психических функций. В зависимости от их соотношения, выделяются две категории детей (И. Ф. Марковская, 1993): группа «А» - в структуре дефекта преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма, т. е. в психологической структуре ЗПР сочетаются несформированность эмоционально-волевой сферы (эти явления преобладают) и познавательной деятельности, выявляется негрубая неврологическая симптоматика; группа «Б» - доминируют симптомы поврежденности: выявляются стойкие энцефалопатические расстройства, парциальные нарушения корковых функций, в структуре дефекта преобладают интеллектуальные нарушения.

В обоих случаях страдают функции регуляции психической деятельности: при первом варианте в большей степени страдает звено контроля, при втором - и звено контроля, и звено программирования, что обуславливает низкий уровень овладения детьми всеми видами деятельности (предметно-манипулятивной, игровой, продуктивной, учебной, речевой). Дети не проявляют устойчивого интереса, деятельность недостаточно целенаправлена, поведение импульсивное.

ЗПР церебрально-органического генеза, характеризующаяся первичным нарушением познавательной деятельности, является наиболее стойкой и представляет наиболее тяжелую форму ЗПР. Данная категория детей в первую очередь нуждается в комплексной медико-психолого-педагогической коррекции в условиях специ-

альных классов и дошкольных учреждений. По своей сути эта форма ЗПР нередко выражает пограничное с умственной отсталостью состояние, что требует квалифицированного комплексного подхода к обследованию детей.

Особые состояния, схожие по симптоматике с «задержкой», формируются у детей вследствие так называемой «педагогической запущенности». В этих случаях у ребенка с полноценной нервной системой, но длительно находящегося в условиях информационной, социальной, а часто и эмоциональной депривации, наблюдается недостаточный уровень развития эмоциональной и личностной сферы, а также отмечается снижение знаний, умений и навыков. Такой ребенок в знакомых ситуациях на бытовом уровне ориентируется достаточно хорошо, но в ситуации, требующей волевого усилия и познавательной активности, часто проявляет себя как ребенок с ЗПР. Динамика развития такого ребенка определяется интенсивностью педагогической коррекции. При сочетании с благоприятными социальными условиями прогноз развития ребенка будет благоприятен. В то же время у здорового от рождения ребенка при условии ранней депривации также может наблюдаться недоразвитие тех или иных психических функций. Если ребенок не получит педагогической помощи в сенситивные сроки, то эти недостатки могут оказаться необратимыми.

По мнению У. В. Ульянковой (1994), на успешность компенсации влияют возраст ребенка, состояние его здоровья, особенности окружающей его микросоциальной среды, какие именно из психических функций задержались в развитии, когда и насколько, и другие психологические особенности ребенка.

Важнейшим фактором, определяющим динамику возрастного развития, является своевременность, т. е. в раннем и дошкольном возрасте, организованная коррекционно-педагогическая помощь. Дети с перечисленными вариантами ЗПР могут быть направлены в специализированные детские сады или коррекционные группы при массовых детских садах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной; Науч.-исслед. ин-т дефектологии АПН СССР. – М.: Педагогика, 1984. – 256 с.
2. Коберник Г. Н. Введение в специальность «Дефектология»: [учеб. пособ. для пед. ин-тов по спец-ти №2111 «Дефектология»] / Г. Н. Коберник, В. Н. Синев. – К.: Вища школа, 1984. – 144 с.
3. Мозг человека и психические процессы. Нейропсихологические исследования / А.Р. Лурия. – М.: Ака-

демия пед. наук РСФСР, 1963. – 476с.

4. Марковская И. Ф. Задержка психического развития у детей. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. – М., 1993. – С. 127-138

5. Частные методики адаптивной физической культуры: [Учеб. пособ. для студ. высш. и сред. проф. уч. завед. по спец.: Физ. культура для лиц с отклонен. в сост. здоровья]. – М.: Сов. спорт, 2003. – 463 с.

З. Р. Маматова, А. В. Єгорова

КЛІНІЧНИЙ АСПЕКТ ЗАТРИМКИ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Стаття присвячена дослідженню і вивченню проблеми затримки психічного розвитку дітей, а також використання способів корекції та компенсації порушень і недорозвинених функцій, що дозволяє послабити прояви вторинних порушень у розвитку дітей із затримкою психічного розвитку. Клінічні дослідження розглянутої категорії

дітей спрямовані на вивчення причин і клініко-нейрофізіологічних механізмів відхилень у розвитку та обумовленої ними психопатологічної симптоматики, а також на виділення клінічних варіантів затримки психічного розвитку. Крім цього, у статті наведені дані нейрофізіологічних досліджень даної категорії дітей відомих вчених, а також різні класифікації затримки психічного розвитку.

Ключові слова: затримка психічного розвитку, рухова сфера, фізична підготовленість, фізичний розвиток, корекція.

Z. R. Mamatova, A. V. Egorova

CLINICAL ASPECTS OF MENTAL RETARDATION

The article deals with a problem of children mental retardation and the use of correction and compensation methods of disturbed and undeveloped functions, which allows easing secondary manifestations of disturbances in the development of children with psychical retardation. Clinical studies of this category of children are focused on the study of causes and mechanisms of clinical and neurophysiological abnormalities in development and psychiatric symptoms, as well as the selection of clinical variants of mental retardation. Additionally, this article presents data of neurophysiological studies of this category of famous scientists' children, as well as various classification of mental retardation.

In dealing with children with mental retardation the classification of K. S. Lebedinskaya (1980) is widely used. It is developed on the basis of etiopathogenetic approach. According to this classification there are four main types of mental retardation: mental retardation of constitutional genesis, retardation of somatogenic genesis, retardation of psychogenic genesis, and retardation of cerebro-organic genesis.

Keywords: mental retardation, motor area, physical fitness, physical development, correction.

Подано до редакції 04.05.2013
