

ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ДЕТЕЙ С НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ И ЕЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ¹

А.Н. Корнев

У 350 детей в возрасте 7–14 лет, обучающихся в коррекционной школе для детей с тяжелым недоразвитием речи, было проведено комплексное клинико-психологическое и нейролингвистическое лонгитюдное исследование. На протяжении 4–5-летнего наблюдения у большинства детей было отмечено редуцирование отклонений в речевом развитии и прогресс в развитии коммуникативных навыков. Но у некоторых из них на определенном этапе развития внезапно развивались состояния дезадаптации, регресса школьных навыков, умственной продуктивности, повышение утомляемости, черты агрессивного поведения, снижение настроения, расстройства невротического спектра. Эти явления рассматриваются как признаки декомпенсации психологического состояния. Статистический анализ показал, что наиболее часто (почти у половины обследованных) эти состояния возникают в возрастном диапазоне 9,5–11,5 лет. Полученные данные послужили основанием для разработки программы медико-психолого-педагогической превенции (МПП), фокус-группой для апробации которой были дети 9,5–11,5 лет с первичным недоразвитием речи (ПНР). Двухлетний опыт применения МПП у детей группы риска с ПНР дал позитивные результаты, позволил снизить число декомпенсаций или уменьшить их тяжесть.

Ключевые слова: речь, язык, недоразвитие, декомпенсация, превенция.

Из всех форм психического дизонтогенеза в современной специальной психологии наименее изученными остаются разнообразные формы недоразвития речи (НР) у детей. В большинстве современных руководств по специальной психологии эта форма психического дизонтогенеза практически не представлена. Однако результаты исследований свидетельствуют, что у детей с первичным недоразвитием языка и речи² возникают многочисленные психологические проблемы, ничуть не меньшего масштаба, чем, например, у детей с задержкой психического развития (ЗПР), которым в специальной и клинической психологии уделяется достаточно внимания. По разным статистическим данным в дошкольном возрасте нарушения речи встречаются у 7–20 % детского населения. В школьном возрасте почти каждый второй ребенок страдает дислексией и дисграфией [8]. Большинство западных исследователей указывают на высокую степень коморбидности при SLI. Среди наиболее распространенных рассмат-

риваются нарушения когнитивной сферы, например, дефицит оперативной памяти, нарушения зрительно-пространственного гнозиса, нарушения моторной координации, незрелость игровой деятельности и др. [1, 8, 16, 17, 20]. В единичных исследованиях российских психологов у детей с так называемым общим НР обнаружены разнообразные психологические отклонения, общие как для этих детей, так и для детей с ЗПР [9]. Тем не менее исследований по психологической коррекции ЗПР много, а по психологической коррекции НР – почти нет.

НР у детей как форма психического дизонтогенеза проявляется по-разному в смысле полиморфизма симптоматики и сложности психологической картины. Согласно предложенной нами классификации правомерно различать тотальные и парциальные формы НР [8]. Первые проявляются в виде симптомов и синдромов, охватывающих все уровни языка как системы: фонологию, лексику, грамматику, а в ряде случаев и прагматику речи. Практически всегда в таких случаях существует дефицит некоторых неречевых когнитивных функций, специфические особенности эмоционально-волевой сферы (проявления эмоционально-волевой незрелости в структуре

¹ Исследование поддержано грантом РГНФ № 07-06-00293а.

² В англоязычной терминологии понятию «первичное недоразвитие речи» примерно соответствует термин «specific language impairment» (SLI).

синдромов психического инфантилизма), является и ряд других неврозоподобных и резидуально-органических синдромов. Системный анализ психического развития в лонгитуде показывает, что большинство таких детей и многие дети с парциальным НР имеют симптомы дисгармонии когнитивного развития, которое обычно сопровождается диспропорциональным развитием интеллектуальных способностей. У большинства таких детей при исследовании интеллекта по методике WISC отмечается низкий уровень показателей по большинству вербальных субтестов (за исключением субтеста «Понятливость») [8]. Наиболее слабым звеном у таких детей является способность приобретения и использования так называемых декларативных знаний [11], усваиваемых в вербальной форме от взрослых, а не основывающихся на личном опыте. Наиболее слабыми когнитивными функциями являются оперативная память на вербальный и сукцессивно организованный материал [8]. В обзоре исследований по этому вопросу Э. Бэйтс с соавторами отмечают, что детям с SLI достоверно труднее даются задачи, в которых алгоритм решения представлен в неявной форме и допускает многовариантные решения [14].

Другая сфера, в которой дети с НР часто отстают от здоровых сверстников, – символическая и сюжетно-ролевая игра. У детей с SLI освоение уровней игровой компетенции, соответствующих возрасту, происходит с запаздыванием по сравнению со здоровыми сверстниками [25]. Хотя этот вид деятельности прямого отношения к речевому развитию не имеет, он чрезвычайно важен для формирования способности к овладению «социальными играми» [2]. В конечном счете этот недостаток существенно ограничивает возможности личностного роста и социализации.

Непосредственно в структуру вышеприведенного синдрома входит трудность овладения коммуникацией как поведенческой стратегией, то есть прагматическим аспектом речевого общения. У детей с НР отмечается довольно высокая фрустрационная уязвимость в ситуациях коммуникативных неудач, установления партнерских отношений в детском социуме. В большинстве случаев тотального НР коммуникативные трудности в широком смысле этого слова (т. е. трудности ведения дискурса с социумом) сохраняются и в подростковом возрасте.

Многие ученые отмечают высокую часто-

ту сочетания НР и нарушений поведения. Дети с нарушениями развития языка и речи являются группой повышенного риска в отношении психических расстройств, относящихся к компетенции психиатрии. У детей с экспрессивными нарушениями языка и речи, по сообщениям родителей, уже в возрасте 30 месяцев нарушения поведения встречаются в 4 раза чаще, чем в популяции [7]. В эпидемиологическом исследовании 750 детей трехлетнего возраста, проживающих в окраинах Лондона [23], обнаружено, что 59 % детей, отстававших в развитии языка и речи, имеют нарушения поведения (при том, что в общей популяции это встречалось в 14 % случаев). В лонгитудном исследовании поведения проживающих в Лондоне 418 детей дошкольного возраста, обследованных в возрасте с 6 недель до 4,5 лет, обнаружена достоверная связь отставания в развитии языка и речи и нарушений поведения [16]. В целом по сравнению с общей популяцией дети с НР в 2 раза чаще имели нарушения поведения. При исследовании детей в 3 года и повторно в 8 лет, было обнаружено, что и в 8 лет трудности в поведении сохраняются [23]. Клинические исследования показали, что расстройства психиатрического уровня у детей 12,5 лет с ранее диагностированными в возрасте 5 лет нарушениями языка или речи чаще наблюдаются у детей с недоразвитием языка, чем у детей с речевыми нарушениями³, даже если последние частично компенсировались [24]. Тяжелые нарушения языка и речи, диагностированные в 5 лет, сопровождаются постоянным и увеличивающимся риском нарушений языковых способностей и академической успеваемости в возрасте 12,5 лет, а у 72 % детей симптомы недоразвития языка и речи сохранялись и в 12,5 лет. Другие авторы [21], напротив, отмечают редукцию поведенческих расстройств у таких детей после 6–8 лет.

Клинические наблюдения и статистические данные показывают, что не у всех детей с недоразвитием языка и речи эти нарушения компенсируются в дошкольном возрасте. В школьные годы около 3–4 % детей с недоразвитием языка и речи продолжают отставать в развитии. У большинства из них возникают дислексия, дисграфия и различные нарушения поведения. Обсуждается наличие причинной

³ В западной психолингвистике к нарушениям речи относят преимущественно моторные, произносительные трудности.

связи между тяжестью и стойкостью нарушений языка и речи, с одной стороны, и вероятностью развития психиатрических расстройств – с другой [18]. Отмечен [12] рост числа психиатрических расстройств с 46 до 60 % за период наблюдения в 5 лет (начальный возраст 5,7 лет – возраст катанеза – 9,1 года). Четверть исследованной выборки детей, у которых сначала не было психиатрических расстройств, приобрели их к моменту повторного исследования.

Приведенные выше данные подтверждают опыт наших наблюдений. В наших предыдущих публикациях было отмечено, что у детей с первичным недоразвитием речи⁴ (ПНР) встречаются такие нарушения, как дефицит внимания, агрессивное поведение, повышенная тревожность, стеснительность [7, 8]. Очевидно, что высокая распространенность таких расстройств свойственна тяжелым и стойким формам ПНР. Вполне обоснованной и актуальной в связи с этим является постановка проблемы предупреждения вторичных нарушений поведения у детей с ПНР.

Целью настоящего исследования было выявление отклонений в поведении, эмоциональных и социальных проблем в школе у детей с ПНР в возрастном диапазоне 7–14 лет и создание программы их превенции. Исследование включало две части:

- клиническое, психологическое и психопатологическое изучение детей школьного возраста с ПНР в лонгитуде, включающее, в числе прочего, анализ динамики психопатологических феноменов на протяжении возрастного периода 7–14 лет.
- разработку и апробацию программы превенции и оценку ее эффективности.

Эксперимент 1

Методы

В лонгитудном исследовании приняли участие 350 учащихся специальной коррекционной школы для детей с тяжелым НР. В начальной стадии исследования все эти дети были учащимися 1–3-х классов (средний возраст 8 лет). На заключительном этапе исследования они учились в 5–7-х классах (средний возраст 12,8 лет). Всем детям на основании клинико-психологического исследования был поставлен диагноз – ПНР. Критериями включения в экспериментальную группу бы-

ли: наличие отставания в развитии экспрессивной речи и сохранность импрессивной речи. Экспериментальное исследование синтаксических способностей посредством теста «Повторение фраз» [6] показало, что средний уровень синтаксического развития этих детей соответствовал возрасту 4–5 лет. В момент поступления в школу ни у кого из этих детей выраженных психопатологических симптомов не обнаруживалось. Критериями исключения были снижение невербального интеллектуального показателя ниже 80 по методике WISC и снижение слуха. Дети с ПНР были исследованы посредством комплекса психологических, нейролингвистических и психометрических методик⁵. Психопатологическое и выборочное психологическое исследование повторялось ежегодно.

Результаты

В ходе клинического исследования было выявлено, что для 90 % детей 7–9 лет с ПНР характерны некоторые психопатологические синдромы, проявления эмоциональной незрелости, дефицит внимания и повышенная утомляемость. Корреляций между характером психопатологической симптоматики и структурой и тяжестью речевых нарушений обнаружить не удалось. Например, у некоторых детей с тяжелым НР выявлялись только дефицит внимания и повышенная утомляемость. У других, с легкими формами ПНР – выраженные эмоциональные и поведенческие нарушения. С другой стороны, комплексное психологическое исследование выявило значимую связь между тяжестью речевого недоразвития и вероятностью наличия симптомов легкого когнитивного дефицита: сукцессивных функций, оперативной памяти, селективного внимания, кратковременной слухо-речевой памяти и вербально-логического мышления.

Лонгитудинальное наблюдение показало, что у разных детей с ПНР «траектории» их развития заметно различаются. На протяжении 4–5 лет обучения в коррекционной школе у большинства детей речевые нарушения частично или полностью компенсировались и коммуникативные навыки заметно возросли. У 1,5 % детей отмечался лишь незначительный прогресс. При повторных исследованиях обнаруживалось, что ряд психологических показателей заметно варьировал на протяже-

⁴ К ПНР мы относим состояния, при которых наблюдается выраженное НР при сохранном интеллекте [8].

⁵ Подробнее методы данного исследования описаны в более ранних наших публикациях (см., например, [6–8]).

нии всего периода наблюдения. Период стабильного улучшения у детей с ПНР иногда сменялся состояниями декомпенсации. При этом адаптационные навыки детей неожиданно снижались. Имевшийся ранее дефицит когнитивных функций становился тяжелее, утомляемость значительно возрастала, поведение становилось агрессивным, возникали эмоциональные и невротические расстройства. Такое состояние можно было расценивать как явление декомпенсации. За весь период наблюдения нами был выявлен 101 случай таких декомпенсаций. Одной из актуальных задач исследования являлось определение возраста, в котором такие декомпенсации возникают чаще всего.

В связи с этим был предпринят анализ частоты встречаемости таких декомпенсаций в разные возрастные периоды, позволивший выявить 3 возрастных диапазона, в которых чаще всего возникают состояния декомпенсации: 6–7 лет, 9,5–11 лет и 14–15 лет. Эти возрастные периоды совпадают с известными кризисными периодами развития детей. На этих довольно нестабильных этапах развития иногда могут возникать состояния ухудшения деятельности психических процессов [4]. У некоторых детей с ПНР эти состояния проявлялись как явления психологической дезадаптации в виде различных психопатологических симптомов. Статистический анализ показал, что достоверно чаще такие состояния встречались в возрастном диапазоне 9,5–11,5 лет: половина декомпенсаций произошла в этом

возрасте (табл. 1, 2). Следовательно, наибольший риск декомпенсации дети с ПНР имеют в возрасте 9,5–11,5 лет.

В некоторых исследованиях, посвященных проблеме коморбидности при ПНР, использовался метод срезовых исследований [12, 13, 16, 24]. При этом даже в лонгитудинальных исследованиях не подвергались оценке изменения психологических и психопатологических показателей в динамике на протяжении всего периода наблюдений. Для планирования программ превенции и коррекции такая информация представляется очень важной. В связи с этим нами был предпринят анализ динамики психопатологических и психопатологических проявлений.

Продолжительность состояний декомпенсации варьировала у детей с ПНР в широком диапазоне. Некоторые из декомпенсаций длились 6 месяцев, другие – продолжались до 2 лет. В легких случаях декомпенсация проявлялась в росте повышенной утомляемости и усилении симптомов дефицита внимания. В более тяжелых случаях начало было аналогичным. Однако несколькими месяцами позже к этим явлениям присоединялись аффективные нарушения и явления отклоняющегося поведения. В случаях наиболее длительно протекавших декомпенсаций можно было выделить несколько фаз, последовательно сменявших друг друга (табл. 3).

На основе результатов сравнительного анализа особенностей структуры психопатологических паттернов группа детей, перенес-

Таблица 1

Распределение частоты декомпенсаций у детей школьного возраста в различных возрастных диапазонах

Возрастной диапазон	Число случаев декомпенсации	
	<i>N</i>	%
7–8 лет	21	21
9,5–11,5 лет	50	50
12–12,9 лет	12	12
13–15 лет	18	18
Всего	101	100

Таблица 2

Численность детей с ПНР, имевших декомпенсацию (в структуре численности групп детей с ПНР в разных возрастных диапазонах)

Возрастной диапазон	Дети с ПНР	Дети с ПНР, имевшие декомпенсацию	%
А) 7–8 лет	65	11	17
В) 9,5–11,5 лет	110	30	27*
С) 12–12,9 лет	60	5	09
Д) 13–15 лет	115	16	14

* Достоверность различий (*t*-критерий): $p < 0,001$ (B–D) и $p < 0,05$ (A–B).

ших декомпенсацию (101 чел.), была разделена на 4 подгруппы. В подгруппу 1 (30 % выборки) были включены дети с симптомами декомпенсации, характерными только для фазы I декомпенсации (повышенная утомляемость, дефицит внимания, повышенная отвлекаемость) и наблюдавшимися на протяжении всего периода исследования. Подгруппа 2 (32 %) – дети, у которых наблюдалась комплексная симптоматика, относящаяся как к фазе I, так и к фазе II декомпенсации (раздражительность, эмоциональная неуравновешенность, вспыльчивость, высокая тревожность, чрезмерная робость, депрессивные проявления невротического круга, сочетавшиеся с симптомами фазы I). В подгруппу 3 (35 %) были включены дети, для которых характерны агрессивное поведение, проявления упрямства, избегающее, протестное и оппозиционное поведение, побеги (что соответствует проявлениям фазы III декомпенсации). Подгруппу 4 (3 %) составили дети с психотической симптоматикой.

Вышеизложенное делает логичным два вопроса:

- Почему именно в этот возрастной период (9,5–11,5 лет) риск декомпенсации особенно высок?
- Какие факторы оказывают модулирующее влияние на особенности симптомов декомпенсации?

Определенного ответа на первый вопрос пока дать невозможно. Однако следует отметить, что согласно данным литературы возраст 10–11 лет является критическим для генезиса биоэлектрической активности мозга по показателям альфа-ритма [5]. По всей видимости, этот возраст является одним из критических периодов в онтогенезе, который к тому же значительно меньше изучен, чем пубертатный и предшкольный периоды.

При ответе на второй вопрос необходимо рассмотреть как биологические, так и психологические детерминанты. Выше цитирова-

лись данные, указывающие на значимость тяжести НР [8]. Согласно нашим данным, около 85 % детей с ПНР имеют симптомы минимального мозгового повреждения, полученного в перинатальный период [8]. С другой стороны, серьезное влияние оказывают психологические средовые факторы, оказывающие фрустрирующее влияние на ребенка. Одним из них является ситуация школьной неуспеваемости. При развитии у ребенка декомпенсации становится не очень понятным, почему у него начинает так быстро снижаться успеваемость. Часто за этим следуют многочисленные порицания со стороны учителя и родителей, непредсказуемые для ребенка. В целом следует отметить, что в большинстве наблюдавшихся нами случаев сочетались как биологические, так и психогенные факторы.

Эксперимент 2

Данные, полученные в первой части нашего исследования, позволили определить возрастной период, на протяжении которого должны осуществляться основные усилия по предупреждению декомпенсации. Для реализации этого плана вмешательство должно предшествовать возникновению симптомов декомпенсации. Основной целью второй части проведенного исследования была проверка гипотезы, что превентивные мероприятия способны препятствовать возникновению декомпенсации или уменьшить тяжесть ее проявлений. Для этого была разработана соответствующая программа (МПП-программа), включающая 3 главных компонента:

- а) психологическую помощь;
- б) педагогическую помощь;
- в) медицинскую помощь.

В качестве фокус-группы были отобраны 110 детей в возрасте 9,5–11 лет, страдающие ПНР. Основанием для такого решения были данные о возрасте максимального риска декомпенсации, полученные в первой части эксперимента. Критериями включения были

Таблица 3

Психологическая характеристика фаз декомпенсации

Фазы декомпенсации	Психологические проявления
Фаза I «Дефицит когнитивных ресурсов»	Повышенная утомляемость, дефицит внимания, повышенная отвлекаемость
Фаза II «Аффективные нарушения»	Повышенная раздражительность, вспыльчивость, повышенная тревожность и робость, невротические депрессивные расстройства
Фаза III «Отклоняющееся поведение»	Агрессивное поведение, упрямство, избегающее, протестное и оппозиционное поведение, побеги
Фаза IV «Психотические расстройства»	Синдромы расстройства сознания, аффективные психозы

наличие ПНР и соответствующий возраст. Все дети приняли участие в МПП-программе. Все участники были разделены на 2 подгруппы:

а) дети, у которых не было симптомов декомпенсации (82 чел.);

б) дети, у которых имелись начальные проявления декомпенсации (28 чел.).

Таким образом, в первой подгруппе основная задача – предупредить возникновение декомпенсации, а во второй – коррекционная помощь для уменьшения тяжести декомпенсации и предотвращения ее дальнейшего развития.

Контрольную группу составили 100 детей с ПНР того же возраста, не участвовавшие в МПП-программе, обучавшиеся в той же коррекционной школе в обычных условиях обучения.

Психологическая помощь включала психотерапевтическое консультирование касательно проблем, связанных со школьной неуспеваемостью, сниженной самооценкой, переживанием фрустрации, трудностями во взаимоотношениях со сверстниками. Был использован широкий набор техник: арттерапия (творческое конструирование, изодетельность), игровая терапия и другие формы творческой деятельности. Терапевтической задачей было снижение остроты переживания безуспешности, повышение самооценки, прирост когнитивных ресурсов для решения проблем, получение социальной поддержки, поощрение внеучебных занятий спортом или другими интересующими их видами деятельности, помощь в принятии решения относительно дальнейшей учебы. Детям помогали справиться с многочисленными проблемами, которые перед ними возникали. Последнее было важно, так как многие из них переживали чувство вины.

Педагогическая часть МПП-программы включала:

– в подгруппе (б): предоставление детям с декомпенсацией дополнительного отдыха в

виде освобождения от занятий в течение 1–2 недель, занятия с логопедом;

– в подгруппе (а): пристальное наблюдение за продуктивностью учебной деятельности, возникновением новых трудностей, повышением утомляемости.

По мере обнаружения признаков риска дети подгруппы (а) получали такую же помощь, как и дети подгруппы (б). При наличии показаний детям предлагалась медикаментозная поддержка. Осуществлялось взаимодействие всех специалистов, принимавших участие в МПП-программе. Реализация МПП-программы продолжалась на протяжении 2 лет. Но для каждого ребенка продолжительность превентивных/коррекционных мероприятий равнялась 2–4 месяцам.

Опыт реализации МПП-программы среди детей с ПНР в течение 2 лет привел к позитивным результатам (табл. 4).

Общее число декомпенсаций уменьшилось, особенно наиболее тяжелых их проявлений, уменьшилась и тяжесть психопатологической симптоматики. Во всех случаях участие детей в МПП-программе предотвратило развитие более тяжелых форм декомпенсации.

Обобщение полученных во втором эксперименте данных позволяет прийти к заключению о том, что возникновение так называемых «коморбидных симптомов», наблюдающихся у детей с ПНР, может быть предотвращено или редуцировано до более легких проявлений. Плодотворный опыт использования МПП-программы дает основание для такого оптимистического утверждения.

Обсуждение

Как отмечалось выше, ПНР представляется собой форму психического дизонтогенеза, имеющую высокую степень коморбидности. Зачастую собственно речевые недостатки являются лишь «верхушкой айсберга». Основанием его является дисгармоничное развитие

Таблица 4

Частота возникновения состояний декомпенсации среди детей 9,5–11,5 лет с ПНР в контрольной и экспериментальной группах

Фазы декомпенсации	Контрольная группа (n = 100)		Экспериментальная группа (n = 110)	
	Дети с декомпенсацией	%	Дети с декомпенсацией	%
Фаза I	8	8	11	10
Фаза II	12	12	3	3
Фаза III	6	6	2	2
Фаза IV	2	2	0	0
Всего:	28	28	16	15

когнитивной, а нередко и личностной сферы. Наблюдение в динамике на протяжении достаточно длительного периода времени позволяет выявить это значительно полнее, чем срезные исследования.

Для объяснения сочетаний психических и речевых расстройств в литературе выдвигается несколько гипотез. Согласно одной из них психические нарушения возникают как следствие неполноценности языковых и коммуникативных функций, создающих у ребенка повышенную фрустрационную уязвимость и сниженную адаптивность [10, 13]. Существует достаточно большое число клинических наблюдений, подтверждающих ее. Известно, что у многих детей с НР наблюдается логофобия в той или иной степени выраженности, то есть невротическая реакция на трудности в речевой коммуникации. Эта гипотеза правомерна по отношению к поздно возникшим психическим расстройствам, манифестирующим в старшем дошкольном, школьном и подростковом возрасте. Однако известно, что в некоторых случаях они обнаруживаются (по данным анамнеза) еще до первых проявлений речевого недоразвития.

Существует другая гипотеза, из которой следует, что речевые и психопатологические феномены независимы друг от друга в каузальном смысле или имеют общую причину – органическое поражение головного мозга [12, 24].

Третья гипотеза представляет собой «транзакционную модель» возникновения психических расстройств у детей с НР [15, 22], согласно которой ребенок рассматривается в контексте интеракций, возникающих у него с окружающим миром. Отклонения в развитии у ребенка вносят определенную дисгармонию во взаимоотношения с родными, педагогами или сверстниками. Это, в свою очередь, может быть причиной невротизации родителей, формирования гипо- или гиперопеки, провоцирования реакции отвержения со стороны сверстников и т. п. В результате создается психотравмирующая ситуация вокруг ребенка, которая и может вызывать или провоцировать у него психические расстройства.

По-видимому, каждая из приведенных гипотез лишь отчасти верна. В реальности многое зависит от конкретных клинических, возрастных и социальных особенностей случая (характер речевого расстройства, возраст, особенности личности ребенка, особенности семейной ситуации и др.) [19].

Использование метода лонгитудинально-го исследования позволяет выявить у них четыре типа психологических процессов, определяющих структуру психического дизонтогенеза:

- психическое развитие;
- сочетания явлений первичного недоразвития речевых функций и вторичного – высших психических функций, генетически связанных с речью;
- компенсаторные процессы и формы поведения (адаптивные или дезадаптивные);
- явления декомпенсации (временные или стойкие).

Это согласуется с классическими описаниями общих закономерностей психического дизонтогенеза, сделанными Л.С. Выготским [3]. Клинико-психологический анализ свидетельствует, что совокупность проявлений дизонтогенеза, наблюдаемых у детей с НР, определяется одновременно несколькими патогенетическими механизмами [8]:

а) биологическими детерминантами (в том числе генетическими);

б) средовыми (состояние языковой среды, требования социума к языковой компетентности, степень толерантности микро- и макро-социума по отношению к таким детям);

в) психологические рефлексивные переживания ребенком собственной неуспешности, ущербности.

Поскольку эти состояния возникают по непонятной для учителя и родителей причине (или когда внешних, известных причин нет), взрослые не имеют убедительных объяснений столь внезапного снижения обучаемости. Иногда они приписывают это лени, тупости или нерадивости. Из-за этого ребенка часто наказывают. Детей фрустрируют столь необъяснимые перемены и отсутствие понимания и поддержки со стороны взрослых. Это вызывает у них чувство растерянности, тоски или делает их раздражительными.

Запуск развития явлений декомпенсации, по нашим наблюдениям, обычно происходил без каких-либо внешних причин. Однако дальнейшее развитие и углубление декомпенсации в значительной степени определялось реакцией на это референтного микро-социума: родителей и учителей. Столкнувшись с жестко оценочной реакцией взрослых и попытками дисциплинарного воздействия, дети фрустрировались, что вызывало у них рост тревожности, острое чувство вины, что чаще со-

проводилось пассивно-оборонительными поведенческими реакциями, реже – протестным поведением. Вслед за этим еще более снижалась учебная продуктивность, учебная мотивация, а это, в свою очередь, еще более усиливало чувство вины и провоцировало третирование со стороны взрослых.

Таким образом, основными задачами программы медико-психолого-педагогической профилактики и поддержки было снижение учебной нагрузки, формирование понимающего, поддерживающего поведения со стороны педагогов и родителей, снижение чувства вины у ребенка, формирование адекватных форм совладающего поведения. В ряде случаев детям назначалась медикаментозная терапия, повышающая компенсаторные ресурсы и снижающая уровень тревоги. В комплексе все эти мероприятия позволили предотвратить развитие тяжелых форм декомпенсации, а в ряде случаев – быстро купировать их. Актуальность, востребованность и эффективность психологической помощи таким детям дополнительно это доказывает. С другой стороны, представленное выше подтверждает гипотезу сложного, биопсихосоциального механизма декомпенсации у детей с недоразвитием речи.

Литература

1. Белова-Давид, Р.А. *Нарушения речи у дошкольников* / Р.А. Белова-Давид. – М.: Просвещение, 1972.
2. Берн, Э. *Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений* / Э. Берн. – Киев: PSYLIB, 2004.
3. Выготский, Л.С. *Собрание сочинений. В 6 т. Т. 5: Основы дефектологии* / Л.С. Выготский; под ред. Т.А. Власовой. – М.: Педагогика, 1983.
4. Выготский, Л.С. *Собрание сочинений. В 6 т. Т. 4: Детская психология* / Л.С. Выготский; под ред. Д.Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 1984.
5. Ковалева, М.К. *Этапы развития биоэлектрической активности головного мозга школьников* / К.М. Ковалева // *Здоровье, развитие, личность* / под ред. Г.Н. Сердюковской, Д.Н. Крылова. – М.: Медицина, 1990.
6. Корнев, А.Н. *Применение нейропсихологических методов исследования у детей* / А.Н. Корнев // *Методы нейропсихологической диагностики* / Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А. Меерсон. – СПб.: Стройлеспечать, 1997.
7. Корнев, А.Н. *Нарушения чтения и письма у детей* / А.Н. Корнев. – 3-е изд. – СПб.: Речь, 2003.
8. Корнев, А.Н. *Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты* / А.Н. Корнев. – СПб.: Речь, 2006.
9. Переслени, Л.И. *Особенности познавательной деятельности младших школьников с недоразвитием речи и с задержкой психического развития* / Л.И. Переслени, Т.А. Фотекова // *Дефектология*. – 1993. – № 5.
10. Слинко, О.А. *К изучению проблемы межличностных отношений дошкольников с нарушениями речи* / О.А. Слинко // *Дефектология*. – 1992. – № 1.
11. Anderson, J.R. *Language, memory, and thought* / J.R. Anderson. – Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1976.
12. Baker, L. *A prospective psychiatric follow-up of children with speech/language disorders* / L. Baker, D.P. Cantwell // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1987. – V. 26.
13. Baltaxe, C.A. *Communication deficit in preschool children with psychiatric disorders* / C.A. Baltaxe, J.Q. Simmons // *Seminar in speech and Language*. – 1988. – V. 8.
14. Bates, E. *Symbols and Syntax: A Darwinian Approach to Language Development* / E. Bates, D. Thal, V. Marchman // *Biological and Behavioral Determinants of Language Development* / N. Krasnegor, D. Rumbaugh, R. Schiefelbusch, M. Studdert-Kennedy (Eds.). – Hillsdale, 1991.
15. *Communication disorders and emotional/behavioral disorders in children and adolescents* / B. Prizant, L. Audet, G. Burke et al. // *J. of Speech and Hearing Disorders*. – 1990. – V. 55.
16. Hick, R. *Cognitive abilities in children with specific language impairment: consideration of visuo-spatial skills* / R. Hick, N. Botting, G. Conti-Ramsden // *Int. J. Lang. Commun. Disord.* – 2005. – V.40, №2.
17. Hill, E.L. *Nonspecific nature of specific language impairment: a review of the literature with regard to concomitant motor impairments* / E.L. Hill // *Int. J. lang. comm. Disorders*. – 2001. – V. 36, № 2.
18. Jenkins, S. *Behaviour problems in preschool children* / S. Jenkins, M. Bax, H. Hart // *J. Child Psychol. Psychiatry*. – 1980. – V. 21.
19. Johnston, J.R. *Cognitive abilities of children with language impairment* / J.R. Johnston // *Specific language impairments in*

children *Communication and language intervention series* / R.V. Watkins, M. Rice (Eds.) – Baltimore, 1994. – V. 4.

20. *Language delay in a community cohort of young children* / S.M. Horwitz, J.R. Irwin, M.J. Briggs-Gowan et al. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2003. – 42.

21. *Lindsay, G. Longitudinal patterns of behaviour problems in children with specific speech and language difficulties: child and context factors* / G. Lindsay, J. Dockrell, S. Strand // *British Journal of Educational Psychology*. – 2007. – V. 77.

22. *Redmond, S. Stability of behavioural ratings of children with SLI* / S. Redmond,

M. Rice // *Journal of Speech, Language and Hearing Research*. – 2002. – V. 45.

23. *Sameroff, A. The social context of development* / A. Sameroff // *Contemporary topics in development* / N. Eisenburg (Ed.) – New York, 1987.

24. *Seven-year follow-up of speech/language impaired and control children: Psychiatric outcome* / J.H. Beitchman, E.B. Brownlie, A. Inglis et al. // *J. Child Psychol. Psychiatry*. – 1996. – V. 37.

25. *Stevenson, J. Behavior, language, and development in three-year-old children* / J. Stevenson, N. Richman // *J. Autism Dev. Disord.* – 1978. – V. 8.

Поступила в редакцию 03.05.2012 г.

Корнев Александр Николаевич. Доктор психологических наук, профессор кафедры общей и прикладной психологии, Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. E-mail: k1949@yandex.ru

Alexander N. Kornev. Doctor of psychology, professor of the department of general and applied psychology, St. Petersburg State Pediatric Medical Academy. E-mail: k1949@yandex.ru