

Социально дезадаптированный подросток: нейропсихологический подход

Ж. М. Глозман,

кандидат психологических наук;

В. М. Самойлова

Социальная адаптация — это «приспособление человека как личности к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и с собственными потребностями, мотивами и интересами» [12, с. 11]. Социальная адаптация предполагает адекватное восприятие окружающей действительности, адекватную систему отношений и общения с окружающими; способность к труду, обучению, организации досуга и отдыха, изменчивость поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других и т. д.

Изучением вопроса социальной дезадаптации занимались преимущественно врачи-психиатры и возрастные психологи. И те и другие считают, что школьную дезадаптацию (ведущую проблему современной возрастной психологии) следует рассматривать как одну из форм более широкого явления — дезадаптации социальной. Иначе говоря, это невозможность не только соответствия требованиям ситуации обучения в общеобразовательной школе, но и «адекватного взаимодействия ребенка с окружением в условиях, предъявляемых данному конкретному ребенку той индивидуальной микросоциальной средой, в которой он существует» [7, с. 22].

Социальная дезадаптация — явление многогранное, в основе которого лежит не один, а множество факторов. К числу таковых некоторые специалисты [2, 7] относят:

а) индивидуальные факторы, действующие на уровне психофизиологических предпосылок, затрудняющие социальную адаптацию индивида: тяжелые или хронические соматические заболевания, врожденные уродства, нарушения двигательной сферы, нарушения и/или снижение функций сенсорных систем, несформированность высших психических функций (ВПФ), резидуально-органические поражения ЦНС с церебрастенией, снижением волевой активности, целенаправленности, продуктивности познавательных процессов, синдромом двигательной расторможенности, патологические черты характера, патологически протекающий пубертат, невротические реакции и неврозы, эндогенные психические заболевания;

б) психолого-педагогические факторы (педагогическая запущенность), проявляющиеся в дефектах школьного и семейного воспитания. Они выражаются в отсутствии индивидуального подхода к ребенку на уроке, неадекватности предпринимаемых педагогами воспитательных мер, несправедливом, грубом, оскорбительном отношении учителя, занижении оценок, отказе в своевременной помощи при обоснованном пропуске занятий, в непонимании душевного состояния ребенка. Сюда же относятся тяжелый эмоциональный климат в семье, алкоголизация родителей, настроенность семьи против школы, школьная дезадаптация старших братьев и сестер;

в) социально-психологические факторы, раскрывающие неблагоприятные особенности взаимодействия несовершеннолетнего со своим ближайшим окружением в семье, на улице, в учебно-воспитательном коллективе;

г) личностные факторы, которые проявляются в активно избирательном отношении индивида к предпочитаемой среде общения, к нормам и ценностям своего окружения, к педагогическим воздействиям семьи, школы, общественности, в личных ценностных ориентациях и личной способности к саморегулированию своего поведения;

д) социальные факторы: неблагоприятные материально-бытовые условия жизни, определяющиеся социальными и социально-экономическими условиями общества.

Как известно, подростковый возраст является наиболее сложным с точки зрения социальной адаптации. Оставив в стороне вопросы распространения форм школьной дезадаптации в начальной и средней школах, остановимся лишь на распространении проявлений социальной адаптации в подростковом возрасте.

Низкая успеваемость — один из симптомов, которые вызывают беспокойство у родителей и учителей, и важнейший показатель адаптированности ребенка. Проводившееся нами в 1994 — 1995 гг. обследование распространенности и причин социальной дезадаптации школьников в одной из школ Северо-Западного округа Москвы выявило, что 20,6 % учеников от общего числа детей старших классов учились плохо, т. е. либо на «слабые тройки», либо переводились из класса в класс с заданиями на лето и осень. При этом педагогически запущенными являлись 9,2 % от общего числа всех обследованных старшеклассников. Они же составляли 38,8 % от числа неуспевающих старшей школы. Остальные 61,2 % от числа неуспевающих старшеклассников — это дети с несформированностью ВПФ (14,5 % от общего числа обследованных подростков). Для этой группы детей велико значение медико-биологических факторов, а социальные факторы не столь значимы.

Другим симптомом дезадаптации является неадекватное поведение. Оно отмечалось у 26,7 % старшеклассников. В данную группу вошли дети с невротическими реакциями, гиперактивные, с преобладающим пониженным настроением, агрессивные и с трудностями общения. При этом подростки с невротическими реакциями составляли 12 % всех старшеклассников (45,3 % подростков с нарушениями поведения), 7 % учеников были классифицированы как гиперактивные (26,6 % от общего числа старшеклассников с трудностями адекватного поведения); дети со сниженным настроением составили 3,9 % учащихся старших классов (14,6 % детей с поведенческими проблемами); агрессивных подростков в старших классах было 2,8 % (10,6 % детей с особенностями поведения). А самую малочисленную группу (0,7 % всех старшеклассников или 2,6 % детей с нарушением поведения) составили ученики с трудностями общения, что, очевидно, объясняется тем, что деятельность общения является ведущей в подростковом возрасте.

Если проблемы ребенка не решаются, то они углубляются, приобретают комплексность, т. е. такой подросток имеет не одну, а несколько форм проявления дезадаптации. Именно такие подростки составляют особо тяжелую группу социально дезадаптированных. Степень нарушения их взаимодействия с окружающей средой не позволяет им учиться в массовой школе. Обследованные нами подростки обучались в комплексе социальной помощи детям и подросткам при Московском департаменте образования. До поступления в комплекс они в течение 1-3 лет не посещали школу, не имели учебной мотивации. Они отличаются низким уровнем общеобразовательной подготовки, нарушениями произвольной регуляции в психической сфере и отклоняющимся поведением.

Среди множества причин, приводящих подростков к тяжелой социальной дезадаптации, основными становятся остаточные явления органической патологии ЦНС, патохарактерологическое или невротическое развитие личности либо педагогическая запущенность. При медицинском обследовании психической патологии не было обнаружено всего в 7 % случаев [7].

Проведенное нейропсихологическое обследование на базе экспериментального комплекса социальной помощи детям и подросткам в седьмых классах выявило значительную несформированность ряда высших психических функций. Из всего обследованного нами контингента детей, охарактеризованных по месту их бывшей учебы как дети со школьной дезадаптацией или слабоуспевающие, лишь 12,5 % могут считаться подростками без значимых нарушений ВПФ и отстающими из-за педагогической запущенности. По полученным данным, наиболее распространенными нарушениями являются нарушения внимания, и прежде всего его высших форм (68,7 % всех обследованных). У 62,5 % испытуемых выявлены нарушения грамматического строя речи, у стольких же отмечены трудности планирования и регулирования своей деятельности. Третью по величине группу (43,7 %) составляют обследованные с семантическими нарушениями речи, выражающимися в узости словаря, неадекватном, неточном понимании и употреблении слов. Нарушения либо несформированность фонематического слуха разной степени выраженности встречались у 41,6 % обследованных. Наименьшую категорию речевых нарушений представляют нарушения слоговой структуры. Они обнаружены в 15,6 % случаев.

Рассмотрим некоторые качественные особенности выявленных нарушений ВПФ. Восприятие отличается ограниченным объемом. В воспринимаемом объекте дезадаптированные подростки выделяют гораздо меньше признаков, чем их нормально развивающиеся сверстники. Многие стороны объекта, данного в другом ракурсе, они не узнают. Дети с трудом выделяют объект из фона, отдельные стороны объекта воспринимаются ими искаженно.

При непосредственном запоминании относительно легкого материала значимых различий между этими подростками и их более развитыми сверстниками не наблюдается. Однако отсроченное воспроизведение того же материала показало, что слабоуспевающие учащиеся быстро забывают то, что ими было выучено. Основным приемом заучивания является многократное механическое повторение, зубуривание. При запоминании сложного материала, требующего понимания, применения опосредующих приемов и средств (классификация, выделение смысловых опор и т. д.), данная категория подростков значительно отстает от своих сверстников. Слабее у них и произвольное запоминание.

Внимание отличается крайней неустойчивостью, слабой распределенностью и концентрацией. Подростки легко отвлекаются, быстро утомляются. Как правило, снижение и колебания внимания сочетаются со снижением умственной работоспособности.

Речь и мышление у дезадаптированных школьников существенно отличаются от нормы. Их представления бедны, схематичны. Эти подростки с трудом решают мыслительные задачи, особенно в словесно-логическом плане. Они беспомощны в осуществлении достаточно простых логических операций. Речь таких детей бедна и примитивна. Требуется много усилий, чтобы пополнить ее новыми словами и затем ввести их в активный словарь подростка.

Мы попытались найти модель экспериментального выражения различных форм социальной дезадаптации. Поскольку слово является способом опосредствования всех форм психической деятельности и средством регуляции и саморегуляции высших психических процессов, а нарушение словесной регуляции психических процессов выступает важнейшим диагностическим признаком патологии или недоразвития психической деятельности [10], закономерно предположить, что социальная дезадаптация может обнаруживаться в изменениях качественных и количественных показателей вербальных ассоциаций по сравнению с ребятами того же возраста, обучающимися в массовой школе.

Возникает вопрос: в какой степени эти нарушения обусловлены органическими и в какой – социальными механизмами? Ответ на этот вопрос имеет первостепенное значение для выработки адекватной стратегии коррекции выявляемых нарушений.

МЕТОДИКА ЭКСПЕРИМЕНТА. В качестве экспериментальной методики был выбран широко применяемый в психологии и психолингвистике [19, 20, 14, 18, 17, 6] метод свободного и направленного ассоциативного эксперимента, состоящий из трех тестов: 1) свободной актуализации изолированных слов; 2) грамматически опосредованной актуализации слов — называние глаголов; 3) семантически опосредованной актуализации слов — называние растений (в течение 1 минуты для каждого теста). В разработанной схеме анализа [5] исследовались два блока характеристик. Первые из них описывают сам ассоциативный процесс со стороны его динамических характеристик (скорости и подвижности речевых процессов) и типов стратегий, используемых испытуемым при актуализации слов. Скорость ассоциативных процессов определялась показателем среднего количества ассоциаций в трех тестах. Подвижность и избирательность речевых процессов анализировались через показатель отношения непродуктивных речений (повторы одного и того же слова, замены адекватного слова словосочетанием или стереотипным высказыванием, отход от инструкции или ее персеверация из предыдущего теста) к среднему количеству адекватных инструкции ассоциаций — индекс непродуктивных ассоциаций. Индекс семантизации характеризует возможности испытуемого по организации речевого процесса в семантически объединенные группы и измеряется отношением среднего количества ассоциаций к числу семантических групп.

При группировании слов испытуемый может руководствоваться различными стратегиями: синтагматической или парадигматической, категориальной или ситуативной, а также объединять фонетически созвучные слова, слова, связанные грамматическим правилом, или общим корнем, или принципами синонимии—антонимии, а также упроченные последовательности слов: цифровые ряды, дни недели, месяцы, времена года и др.

Второй блок характеристик мы получаем при анализе вербальной продукции, актуализированной каждым испытуемым в ассоциативных тестах. Этот анализ ставил своей целью, прежде всего, выявить структуру лексикона, т. е. составляющие его части. Слово, актуализированное не менее чем 25 % испытуемых, мы считали относящимся к ядру лексикона. Слова, экфорированные только 1—2 испытуемыми, составили индивидуальную часть лексикона. Остальные ассоциации относились к периферической части лексикона.

Следует отметить, что проведенный ассоциативный эксперимент являлся частью общего комплексного нейропсихологического обследования с применением луриевских методов [11] со специальным акцентом на анализ нейродинамических показателей выполнения проб и поведения подростков в ситуации эксперимента. В обследование входил также специальный опросник и ряд проб на доминантность полушарий.

Выборка испытуемых включала 25 подростков 13—15 лет, обучавшихся в VII—VIII классах Комплекса социальной помощи. У 12 из них врачи выявили симптомы или остаточные явления органической патологии ЦНС (1-я подгруппа); 13 оставшимся был поставлен диагноз патохарактерологического или невротического развития личности либо педагогической запущенности (2-я подгруппа). Очевидно, что эти две подгруппы характеризуются различным весом социальных или органических факторов в этиологии нарушений психической деятельности.

Контрольную группу составили 11 подростков 13—15 лет, учащихся массовых школ, не состоящих на учете у невропатолога или психиатра.

Анализ результатов проведенного исследования показал, во-первых, различия в поведении социально адаптированных и дезадаптированных подростков при выполнении заданий, что выражалось не только в негативном или безразличном (отсутствие заинтересованности в результатах своей деятельности) отношении к ним у учащихся комплекса, но и в их повышенной отвлекаемости, трудностях концентрации внимания. Их поведение существенно отличалось от поведения сверстников из массовой школы, которые интересовались значением предложенной задачи и результатом ее решения. Они чаще просили повторить

инструкцию, чтобы удостовериться, правильно ли ее поняли. Началу работы, как правило, предшествовал ориентировочный этап, на котором осуществлялся выбор и намечался план действий.

Деадаптированные подростки, в отличие от учащихся массовых школ, часто при подборе ассоциаций употребляли вопросительные слова, экстерииорирующие трудности актуализации и выбора слов, компенсируемые созданием внешней программы поиска слова, например: «Что делает? Рисует. Что сделал? Нарисовал».

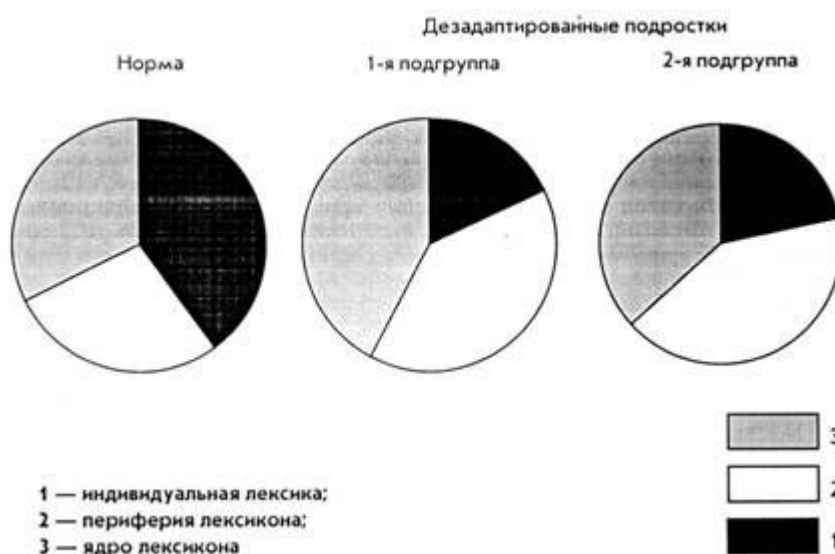
Анализ динамических характеристик речевой деятельности выявляет значительное (почти в 2 раза) снижение скорости речевых процессов (особенно в ситуациях грамматически и семантически опосредствованных ассоциаций), что коррелировало со снижением нейродинамических показателей в других нейропсихологических тестах: снижением умственной работоспособности в пробе Шульте, замедлением интеллектуальных и мнестических процессов. Обнаружена различная зависимость динамических характеристик речи от полушарной доминантности: в норме у правой речевая продукция была выше, чем у левой и амбидекстров, что коррелирует с литературными данными [15]; у деадаптированных подростков зависимость обратная, что заставляет предположить, что нарушение межполушарного взаимодействия, проявляющееся и в других нейропсихологических тестах, является одним из факторов социальной деадаптации.

Если рассмотреть зависимость снижения скорости ассоциативных процессов у деадаптированных подростков от социальных и органических механизмов деадаптации, то обнаруживается, что количество свободных ассоциаций у подростков без органической патологии существенно не отличается от нормы и только при актуализации грамматически или семантически опосредствованных слов (т. е. в таких экспериментальных условиях, когда необходима четкая организация выбора, отбор нужных ассоциаций и затормаживание побочных) речевая продуктивность снижается. В подгруппе детей с органической симптоматикой снижение было глобальным, т. е. охватывало все три ассоциативных теста.

Социальная деадаптация характеризовалась также снижением возможности семантической организации слов (индекс семантизации был снижен в 1,5 раза по сравнению с нормой), но особенно нарушением подвижности речевых процессов и контроля за их протеканием: индекс инертности у социально деадаптированных подростков был в среднем в 4,5 раза выше, чем в норме. Характерно, что дети, причиной деадаптации которых была педагогическая запущенность, актуализировали в ассоциативных тестах большое количество семантических полей с низкой их насыщенностью (низкий индекс семантизации). Это значит, что подростки имеют сведения из различных областей жизни, но их знания очень поверхностны. В отличие от них подростки с органическим поражением ЦНС в силу общей инертности психических процессов испытывают большие трудности при переходе к каждой новой семантической группе, особенно в тестах, требующих повышенного контроля, например в глагольной серии. В результате подростки этой подгруппы по сравнению с подростками с социально обусловленной деадаптацией имеют меньше семантических полей, правда, больших по объему.

Учащиеся массовых школ пользовались при актуализации слов в основном парадигматической и категориальной стратегиями объединения слов, в то время как социально деадаптированные подростки чаще использовали синтагматическую стратегию и недоучитывали категориальные связи слов. У 36 % социально деадаптированных подростков наблюдалась хаотичная стратегия (отсутствие или нестойкость семантической связи между актуализированными словами).

Структура лексикона (в %) в разных группах подростков



Анализ выявляет связь социальной дезадаптации с изменением структуры лексикона. Трансформация заключается в деиндивидуализации лексикона, т. е. в сужении индивидуальной части, составляющей наиболее значительную часть лексикона подростков в норме, и в расширении периферической и ядерной частей. Центростремительная трансформация лексикона более ярко выражена у подростков с органическими нарушениями, чем у детей с характерологическими отклонениями или педагогической запущенностью (рис. 1). В первой подгруппе дезадаптированных подростков существенные изменения охватывали все три части лексикона, а во второй подгруппе деиндивидуализация происходила за счет расширения только периферической части лексикона, а его ядро — наиболее частотные и онтогенетически ранее всего появившиеся в речи слова — существенно не отличалось количественно от структуры лексикона подростков массовой школы. Аналогичные тенденции были выявлены у взрослых больных с органическими корковыми и подкорковыми поражениями мозга [5].

Были обнаружены не только количественные, но и качественные различия в структуре лексикона: в норме реже, чем у дезадаптированных подростков, употреблялись слова школьной тематики, выражения агрессии, анкетных данных, обозначения физиологических и трудовых процессов, продуктов питания, зато назывались профессии, музыкальные инструменты, животные, растения, понятия, связанные с медициной, с межличностными отношениями, и другие слова, свидетельствующие как о большей эрудиции и широте интересов, так и о другой личностной направленности адаптированных подростков по сравнению с дезадаптированными. Общими и частотными для адаптированных и дезадаптированных подростков были семантические группы глаголов движения, названия предметов мебели, частей дома, обозначений транспорта, одежды и обуви.

Рекомендации по коррекции.

Таким образом, клиническое, нейропсихологическое и экспериментальное исследование обнаруживают, что вследствие своих особенностей и состояния психических функций дезадаптированные подростки не в состоянии достигнуть того уровня развития, на который рассчитана программа массовой школы, и нуждаются в специализированном обучении. Ведущая роль здесь принадлежит нейропсихологу, в задачи которого входит организация среды развития, диагностика состояния ребенка, создание и реализация индивидуализированных, теоретически обоснованных программ развития.

Что касается условий и среды коррекционного обучения, наш опыт показывает, что наиболее благоприятное развитие психики отстающих в обучении школьников наблюдается в условиях обучения в специальных коррекционных школах для детей с задержками психического развития и в классах выравнивания. Необходимо отметить, что спецшколы для детей с задержками психического развития — общеобразовательные школы, в которых наряду с общими задачами обучения и воспитания проводятся коррекция недостатков психического развития и оздоровление детей, обеспечиваемые щадящим режимом и медикаментозным лечением. Коррекционной направленности учебно-воспитательной работы способствуют также увеличение сроков обучения, меньшее число учащихся в классе (до 15 человек), увеличение времени изучения наиболее сложных разделов программы, индивидуализация процесса обучения.

Специфика нейропсихологической диагностики заключается в том, что если дефектолог дает сведения об отдельных симптомах поражения или недоразвития, то нейропсихолог делает синдромное описание состояния пациента, определяет сильные и слабые звенья функциональных систем, первично и вторично пострадавшие психические процессы, возможности их компенсации (самостоятельно или с помощью педагога), что позволяет точнее подобрать методы коррекции и правильнее прогнозировать ее результат.

Что касается коррекции, дефектологические методики сегодняшнего дня рассчитаны на более младший возраст, когда функции еще неточно локализованы и имеют широкую зону. Здесь еще возможна коррекция одних функций за счет привлечения резервов других. Мозг подростка — качественно новое образование, на котором дефектологические знания и методики работают с определенной поправкой. Нейропсихолог, вооруженный знаниями об онтогенезе психических функций, о системном строении, динамической организации и локализации, быстрее и точнее подберет методы работы с дезадаптированным подростком, определит содержание обучения и одновременно поможет врачу в подборе медикаментозной терапии.

Индивидуально-коррекционные занятия с учащимися помогают решить следующие задачи:

- создание заинтересованности в своей деятельности, стойких мотивов к выполнению заданий;
- ликвидация пробелов в развитии подростков, подготовка к усвоению учебного материала;
- актуализация имеющихся у ребенка знаний, представлений и умений с последующим их расширением и обогащением;
- коррекция недостатков имеющихся навыков и умений, дополнительное обучение приемам выполнения отдельных учебных действий и способам работы с учебными пособиями;
- обучение построению программы деятельности и способам контроля за ее выполнением на каждом этапе, сличению промежуточных и конечного результатов с предполагаемыми;
- восстановление функции до активного, саморегулирующегося состояния, т. е. обучение использованию выработанных умений и навыков не только в знакомых, отработанных, условиях, но и в других ситуациях; самостоятельное добывание знаний и на их основе самостоятельное качественно иное применение имеющихся возможностей.

Коррекционная работа с подростками строго индивидуализирована и строится с учетом их психологических и биологических особенностей.

Нами выделено **три основных требования**, учет которых необходим при работе с подростками.

1. В начале подросткового возраста идет активная перестройка организма: из детского он переходит во взрослое состояние. Кроме того, как указывалось выше, нарушения психи-

ческих процессов и поведения у дезадаптированных подростков имеют сложную и многофакторную природу. В связи с этим воздействия одного специалиста недостаточно для решения имеющихся у ребенка проблем. Необходимо **комплексное воздействие** врачей соматического профиля, невропатологов, психиатров, психологов, педагогов, дефектологов и других специалистов.

Участие какого из специалистов является ведущим — в каждый конкретный момент зависит от особенностей детского дизонтогенеза, характера его проявления и актуального состояния ребенка. Таким образом, система работы с подростком должна быть не только комплексной, но и гибкой.

2. В подростковом возрасте идет активное усвоение норм и правил социума. Ребенок осваивает новые социальные роли, активно «примеряет» их на себя. Поэтому любая деятельность подростка носит социальную окраску. Оценка окружающих — социальное одобрение или порицание — важны как ни в каком другом возрасте. Личностным смыслом окрашена вся деятельность подростка. Отсюда следует, что любая работа по коррекции интеллектуальной сферы не может проводиться в отрыве от коррекции личности, от коррекции социальных связей подростка.

3. В начале подросткового возраста активно развиваются лобные доли. Поэтому в работе с дезадаптированным подростком необходима специальная коррекционная работа над развитием внимания и контроля, уже доказавшая свою эффективность при работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста [1, 13]. Нарушения произвольного внимания являются одним из наиболее распространенных дефектов у подростков со школьной дезадаптацией. Подростки, нуждающиеся в коррекции внимания, как правило, имеют малый объем как зрительного, так и слухового внимания. У них отмечается преобладание непроизвольного внимания над произвольным, трудности переключения внимания во всех видах деятельности, что, по всей вероятности, связано с органическими поражениями ЦПС, которые наблюдаются у большинства дезадаптированных подростков. Коррекция ВПФ у них должна идти путем перестройки уже сформировавшейся функциональной системы, в которой основными звеньями являются программирование и контроль, т. е. именно те функции, которые тесно связаны с деятельностью лобных долей.

Перечисленные выше особенности детей подросткового возраста, результаты проведенного экспериментального исследования и анализ литературы по нейропсихологической реабилитации больных с локальными поражениями мозга [9, 16] позволяют сформулировать некоторые **принципы построения коррекционных программ для социально дезадаптированных подростков:**

1. Принцип учета патогенеза.

Принцип учета патогенеза заключается в уточнении механизма нарушения. Этот принцип можно назвать принципом нейропсихологической квалификации дефекта. В ряде случаев одинаковые по внешнему проявлению симптомы нарушений имеют в своей основе различные механизмы. Однако в каждом из этих случаев методика работы различна, так как направлена на преодоление основного механизма нарушения.

2. Принцип учета симптоматики и степени выраженности нарушения.

В связи с этим принципом коррекционная работа должна учитывать особенности симптоматики, степень выраженности нарушения и сформированности навыков, связанных с данной функцией. Отсюда следует необходимость специальной работы по расширению словарного запаса (в отдельных слоях словаря) и уточнению семантических значений; необходимость коррекции вербального мышления и формирования возможностей категориальной семантизации; необходимость специальной работы по коррекции эмоционально-личностной сферы и преодолению агрессивности; необходимость специальной работы по усилению произвольной речевой регуляции деятельности, обнаруживающей связь с особенностями лексикона подростка.

3. Онтогенетический принцип.

Онтогенетический принцип предполагает учет той последовательности в формировании высших психологических функций, которая имеет место в онтогенезе.

4. Принцип опоры на сохранные звенья психической функции.

Принцип опоры на сохранный элемент психической функции, на сохранные анализаторы, на их взаимодействие отражает в себе учение о функциональных системах [3, 11]. Как известно, формирование высших психических функций в онтогенезе представляет собой сложный процесс создания функциональных систем. Первоначально функция полирецепторна, она осуществляется многими системами, с участием различных анализаторов. Позднее ведущая роль в афферентации той или иной системы закрепляется за ограниченным числом анализаторов. Однако в случае необходимости звенья из первоначального поля широкой афферентации могут быть привлечены для работы той или иной функциональной системы.

5. Принцип поэтапного формирования умственных действий.

Он основан на теории П. Я. Гальперина [4], в соответствии с которой становление умственных действий — сложный и длительный процесс, который начинается со становления развернутых операций, а затем сокращается, свертывается, автоматизируется, постепенно становясь интериоризированным умственным действием, и осуществляется во внутреннем плане. В коррекционной работе с дезадаптированными подростками необходимо выделять и тщательно прорабатывать все выделенные П. Я. Гальпериным этапы формирования умственных действий: составление предварительного представления о задании; освоение действия с предметами, т. е. этап материализации действия, на котором выполнение действия возможно лишь во внешнем плане с опорой на вспомогательные средства и действия; этап осуществления действия в плане громкой речи, т. е. с опорой на внешнее проговаривание; наконец, перенос действия в умственный план, осуществление и окончательное становление интериоризированного умственного действия.

6. Принцип системности.

Методика устранения каждого вида нарушений психических функций представляет собой систему методов, направленных на преодоление основного дефекта, на создание определенной функциональной системы. Использование каждого метода определяется основной целью и местом в общей системе работы.

7. Специальная организация режима коррекционной работы.

Чередование заданий и отдыха, которое позволит преодолеть нарушения нейродинамики в психической сфере, и прежде всего снижение умственной работоспособности, концентрации и устойчивости внимания.

8. Общие дидактические принципы:

- наглядности;
- закрепления знаний и навыков;
- доступности;
- научности;
- индивидуального и дифференцированного подхода, учета возрастных особенностей.

В заключение хочется подчеркнуть, что методы диагностики и коррекции высших психических функций, построенные на основе лурьевской нейропсихологии, оказываются эффективными при коррекционной работе даже с наиболее тяжелыми формами социальной дезадаптации подростков.

Литература

1. Ахутина Т. В., Пылаева Н. М., Яблокова Л. В. Нейропсихологический подход к профилактике трудностей обучения. Методы развития навыков программирования и контроля // Школа здоровья. Т. 2. 1995. № 4.
2. Беличева С. А. Превентивная психологическая служба // Социально-психологический диагностико-коррекционный инструментарий. М., 1993.
3. Выготский Л. С. Психология и учение о локализации психических функций // Собр. соч.: В 6 т. Т. 1. М., 1982.
4. Гальперин П. Я. Развитие исследований по формированию умственных действий // Психологическая наука в СССР. Т.1. М., 1959.
5. Глозман Ж. М. Исследование структуры лексикона больных с корковыми и подкорковыми поражениями мозга // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1996.
6. Егоров А. Ю., Николаенко Н. Н. Оценка ближних и дальних ассоциативных связей и функциональная асимметрия мозга // ДАН. Т. 349. 1996. № 6.
7. Иовчук Н. М., Северный А. А. Что такое школьная дезадаптация? // Социальная дезадаптация детей и подростков. Проблемы, проявление, преодоление. М., 1995.
8. Калмыкова З. И., Кулагина И. Ю. (ред.). Отстающие в учении школьники: (Проблемы психического развития). М., 1996.
9. Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. М., 1948.
10. Лурия А. Р. (ред.). Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. Т.1. М., 1956; Т.2. М., 1958.
11. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1969.
12. Психологический словарь / Под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. М., 1996.
13. Пылаева Н. М., Ахутина Т. В. Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у детей 5—7 лет. М., 1997.
14. Фрумкина Р. М., Василевич А. Р. Получение оценок вероятностей слов психометрическими методами // Вероятностное прогнозирование в речи. М., 1971.
15. Хомская Е. Д., Ефимова И. В., Будыка Е. В., Еникололова Е. В. Нейропсихология индивидуальных различий. М., 1997.
16. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., 1972.
17. Шахнарович А. М., Юрьева Н. М. Психолингвистический анализ семантики и грамматики. М., 1990.
18. Lezak M. Neuropsychological Assessment. N. Y., 1983.
19. Miller G. A. Language and Communication. N. Y., 1951.
20. Slobin D.I, Psycholinguistics. L., 1971.