

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ БЕЛОЯРСКОГО  
РАЙОНА «СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 1 Г.  
БЕЛОЯРСКИЙ»

## **Научно-исследовательская работа**

На тему:

«Влияние респираторных заболеваний на память детей дошкольного  
возраста»

Работу выполнил  
Педагог-психолог  
Лапина Жанна Владимировна

Белоярский – 2018

# **СОДЕРЖАНИЕ**

**ВВЕДЕНИЕ**

**ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ**

1.1 Память детей дошкольного возраста

1.2 Память больных детей дошкольного возраста

1.3 Расстройства памяти

1.4 Понятие респираторных заболеваний

1.5 Классификация неспецифических заболеваний у детей

**ГЛАВА 2. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ**

2.1 Исследование непосредственной памяти

2.2 Исследование опосредствованной памяти (анализ создаваемых при опосредствовании связей, типов воспроизведения)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**ЛИТЕРАТУРА**

## **ВВЕДЕНИЕ**

Современный уровень развития психологии и клинической медицины позволяет не только диагностировать различные формы отклонений, оценивать степень сформированности высших психических функций, но и выявлять клинические и психологические механизмы этих нарушений.

Данные научных исследований в области клинической медицины, медицинской генетики, психологии показали необходимость пересмотра представлений о причинах и механизмах возникновения многих форм высших психических функций.

В настоящее время доказано, что все нарушения имеют различную этиологию, и в большинстве случаев связаны с различными заболеваниями, в частности с соматическими.

Социальная активность, нравственность, реализация способностей личности – главные задачи обучения и воспитания, успешность которых во многом зависит от здоровья наших детей.

Редко какая мама может сказать, что ребенок ничем не болел. Как правило, с поступлением в детский сад начинается цепь так называемых респираторных заболеваний. Постоянный ОРВИ, бронхиты, пневмонии – это очень серьезно. Любое из таких заболеваний значительно снижает функциональные возможности организма ребенка, создает благоприятный фон для возникновения других, зачастую хронических заболеваний. Такие дети отстают в физическом и психическом развитии. И, наверное, поэтому, очень часто у таких детей слабая успеваемость в школе, так как острые болезни могут порождать хронические заболевания, а те, в свою очередь «выбивая из колеи» ребенка, нарушают его психическое развитие.

Поэтому целью исследования явилось следующее: влияние частых респираторных заболеваний на память детей.

Исходя из поставленной цели, были поставлены следующие задачи:

1. Изучить данные обзора литературы по данной теме.

2. Определить зависимость между изменениями в психической деятельности и степенью тяжести заболеваний у детей с респираторными заболеваниями.

Актуальность подобных исследований в современных условиях определяется причинами, вытекающими из задач, как психиатрии, так и педагогики. С одной стороны рост психических нарушений в популяции в целом, главным образом за счет пограничного уровня (Петраков Б.Д.), определяет необходимость расширения возможностей оказания помощи, в частности, детям с такой патологией в условиях учреждений не только медицинского, но и психолого-педагогического профиля. Однако выявление детей с начальными признаками психической патологии требует от педагога, воспитателя и других специалистов, занятых процессом обучения и воспитания, знаний смежных наук, в частности медицины и психиатрии. Такая работа особенно важна, если учесть стратегическое направление деятельности РАО-реализацию личностно-ориентированного образования.

Объем и методы исследования: анализ психолого-педагогической, медицинской литературы; анализ медицинских заключений 140 детей с респираторными заболеваниями в возрасте с 3 до 14 лет, обратившихся за помощью в Карагандинское областное многопрофильное лечебно-диагностическое объединение (КОМЛДО), в детское консультативное отделение за период 2001-2002 год.

Практическая значимость: разработка рекомендаций по осуществлению основных направлений педагогической коррекции с детьми страдающими хроническими инфекционно-аллергическими заболеваниями органов дыхания. Применительно для массовых и вспомогательных школ.

# ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ

## 1.1 Память детей дошкольного возраста

Многочисленные образы воспринятых нами предметов и явлений, а также связанные с ними мысли, чувства и действия не исчезают бесследно. Они сохраняются в нашем сознании и воспроизводятся в определенных условиях жизни и деятельности. Мы можем вспомнить события даже далекого детства, воспроизвести содержание давно прочитанной книги, вспомнить людей, с которыми беседовали когда-то, восстановить последовательность разговора, а также чувства, которые возникли при этом.

Свойство живой материи, благодаря которому живые организмы, воспринимая воздействия извне, способны закреплять, сохранять и воспроизводить полученную информацию называется памятью.

В наиболее привычном смысле понятие «память» определяет одну из важнейших функций центральной нервной системы (ЦНС), на основе которой организм может использовать свой прошлый опыт для построения поведения в настоящем. Память присуща всем организмам, однако степень ее выраженности зависит от уровня эволюционного развития.

Важную роль в реализации функции памяти играет прогрессивная дифференциация структур головного мозга, его межнейрональных и синоптических связей, при этом увеличение числа нервных клеток расширяет возможности индивидуальной памяти. Формирование различных синапсов значительно усиливает пластические возможности мозга и объем индивидуальной памяти, так как синапс является основным субстратом хранения памяти.

Процесс обучения (индивидуальный опыт) оказывает прямое влияние на структурную организацию мозга.

Получены данные о том, что у животных, содержащихся в сложной окружающей обстановке, образуется большое число синапсов, происходит

увеличение толщины постсинаптической мембраны нейрона в некоторых слоях коры больших полушарий, протяженности пре- и постсинаптической зон, увеличения диаметра синаптической бляшки и другие изменения.

В зависимости от времени удержания информации выделяют кратковременную и долговременную память. Каждая из них реализуется на основании различных механизмов, обладает различной емкостью и хранит особую форму информации.

Кратковременная память имеет малую емкость и обеспечивает хранение информации в пределах 30-60 секунд, то есть на время, достаточное для опознания и соответствующей интерпретации сигналов. Повторением удается несколько увеличить длительность сохранения информации, но ее емкость при этом не меняется. Эта форма памяти характеризуется повышенной чувствительностью к внешним помехам.

Долговременная память обеспечивает хранение информации практически на протяжении всей жизни.

Дифференциация процессов кратковременной и долговременной памяти выявляется при анализе влияния процессов старения на функцию памяти. С возрастом постепенно утрачивается способность запоминать и хранить именно новый опыт. Симптоматика возрастных нарушений памяти проявляется также с повышенной угасаемостью краткосрочных памятных следов побочными интерферирующими воздействиями.

## **1.2 Память больных детей дошкольного возраста**

Особое место занимает проблема участия определенных мозговых структур в организации процессов запоминания и воспроизведения материала. Прежде всего, необходимо выделить существенно отличающиеся друг от друга модально-специфические и модально-неспецифические нарушения памяти.

Модально-специфические нарушения памяти связаны с запоминанием материала, адресованного к определенному анализатору, и возникают при очаговых поражениях корковых зон левого полушария мозга. При локализации очага в левой височной области нарушается слухоречевая память. При поражении затылочной области головного мозга, связанной, как известно, с восприятием зрительно предъявляемых стимулов, дефекты памяти проявляются только в зрительной сфере. При поражении левой теменно-затылочной области могут иметь место дефекты памяти, тесно связанные с распадом пространственно анализа и синтеза.

Основной чертой всех этих нарушений является то, что они ограничены одной сенсорной модальностью.

Особое место в компенсации модально-специфических расстройств памяти (в частности, зрительной и пространственной) занимает перевод информации, предъявляемой зрительно или тактильно в речевой план. Скорее всего, восприятие информации, предлагаемой для запоминания, одновременно или в очень близких временных границах протекает по двум каналам: модально-специфическому и вербальному. Видимо, по этой причине исследование парциальных нарушений памяти в условиях активного воспроизведения, предполагающего речевое опосредование, не всегда позволяет выявить дефекты запоминания. Однако если оценивать эффективность запоминания по результатам узнавания, то есть переводить процесс актуализации следов в ту сенсорную модальность, к которой адресовался материал при запоминании, то модально-специфические различия выступают гораздо резче. Это обстоятельство позволило сформулировать гипотезу о возникающей при нарушении нормальной работы корковых зон анализаторов слабости гностического звена в сложном процессе переработки и хранения информации.

В то же время имеются факты, свидетельствующие о некотором снижении зрительной памяти при поражении височных систем левого полушария мозга. По-видимому, это явление обусловлено все той же

причиной – материал воспроизводится (и запоминается), если это возможно, с опорой на речь.

Тот факт, что при работе с информацией любой модальности человек активно использует речевую систему кодов, не подлежит сомнению. Именно поэтому модально-специфические нарушения памяти, во-первых, часто могут не проявляться, скрываться за сохранностью речевых систем, а во-вторых, нарушения в речевой сфере могут оказывать отрицательное влияние на другие, специфические формы запоминания.

Модально-специфические (или общие) нарушения памяти проявляются при запоминании текущего материала любой модальности, часто сочетаясь с нарушениями сознания. Имеется огромное количество фактов, позволяющих связать нарушения этого факта с поражением неспецифических структур мозга, входящих в мембранную систему (круг Пейпица). Отмечается, что степень и характер мнестических расстройств могут быть совершенно различными: от грубого, массивного корсаковского синдрома с нарушениями сознания до клинически не проявляющихся стертых дефектов памяти, доступных лишь специальному экспериментальному исследованию.

В этой связи представляется необходимым коснуться вопроса о механизмах патологического забывания. Для объяснения этого явления обычно привлекаются две альтернативные гипотезы. Одна из них, известная как теория «распада следов», видит природу заболевания в том, что следы подлежат угнанию и исчезают со временем или под влиянием побочных воздействий. Патологическое забывание в рамках этой теории объясняется усилением и углублением процесса распада следов.

Вторая гипотеза, исходящая, в частности, из известных фактов, что многие следы хранятся в латентном состоянии и становятся доступными актуализации в специальных условиях, в качестве основной причины забывания выдвигает фактор тормозимости следов интерферирующими воздействиями. В результате интерференции следы как бы уходят ниже



порога считывания, и для их актуализации необходимы процессы специального поиска.

Таким образом, теория интерференции смещает звено нарушений из области фиксации следов в область их хранения и актуализации и ставит процессы памяти в зависимость от нейродинамических факторов деятельности мозга.

Использование представлений о тормозимости следов интерферирующими воздействиями позволило создать специальные экспериментальные ситуации для выявления достаточно тонких (или компенсированных) нарушений памяти. Так, например, больному предлагается для запоминания серия из трех слов, после непосредственного воспроизведения которых вводится интерферирующая задача: запомнить еще одну серию из трех слов. Выполнение этой задачи приводит к резкому снижению возможности воспроизведения первой группы слов (Лурия и Климковский, 1969; Киященко 1973).

Говоря о степени выраженности нарушений памяти, необходимо иметь в виду следующее. Во-первых, форму организации материала, предлагаемого для запоминания. Таким материалом могут быть либо элементарные сенсорные стимулы, запоминание которых необходимо для сличения при последовательном предъявлении, либо более сложные стимулы (слова, движения, картинки с изображением предметов ил невербализуемых фигур и так далее), необъединенные по смыслу. Наконец, для запоминания может предлагаться материал, построенный по принципу смысловых систем (фразы, рассказы), где меняются как информационная емкость оперативных единиц памяти, так и внутрестимульные отношения запоминаемых единиц, выстраивающихся в некую семантическую структуру. Исследования показали, что нарушения памяти не всегда распространяются на все эти формы организации материала. При массивных мнестических расстройствах одинаково страдает запоминание всех форм материала от элементарных до смысловых. При тонких, преамнестических расстройствах, возникающих при

небольших опухолях гипофиза, нарушения памяти проявляются лишь в эксперименте с запоминанием двух конкурирующих рядов элементов, необъединенных по смыслу. Более того, создание возможностей для объединения этих элементов в смысловую структуру приводит к компенсации мнестического дефекта. При этом остается латентным и запоминания элементарных сенсорных стимулов (Киященко, 1973).

Во-вторых, степень выраженности (или глубина) мнестических расстройств определяется тем, какие из факторов (интерференция, слабость следов, нарушения избирательности) присутствуют в синдроме и насколько велико их отрицательное влияние. Оно может быть глобальным при корсаковском синдроме, когда текущие события и запоминаемый материал как бы «стираются» в памяти спустя короткий промежуток времени, или проявляться лишь в некотором снижении результатов воспроизведения.

Соотношение степени выраженности мнестических расстройств с локализацией мозгового поражения приводит к выводу о том, что при локализации очага в пределах одних и тех же структур мозга могут возникать различные по характеру и степени выраженности нарушения памяти.

Изложенные здесь факты о характере нарушений памяти, их связи с локальными поражениями мозга, механизмах, определяющих структуру этих нарушений, относятся лишь к одному уровню протекания мнестических процессов – произвольному запоминанию. В настоящее время, опираясь на огромное количество экспериментальных фактов, можно сказать, что и при поражении неспецифических структур, и при поражении корковых зон левого полушария страдает как произвольное, так и произвольное запоминание. Точнее, эффективность запоминания не зависит от произвольности или произвольности деятельности запоминания.

Связано это с тем, что такие компоненты деятельности, как мотивация, целеобразование, программа выполнения, остаются при локальных поражениях сохранными. Нарушения памяти здесь связаны не столько с

организацией деятельности запоминания, сколько с процессами слеодообразования в более узком и специальном смысле этого слова.

### **1.3 Расстройства памяти**

Расстройства памяти – нарушения запоминания (фиксации), хранения (ретенции) и воспроизведения (репродукции) фактов окружающей жизни и личного опыта. В тех случаях, когда нарушены только эти функции, говорят о количественных расстройствах памяти; в случаях сочетания расстройств памяти с ложными воспоминаниями, смешение прошлого и воображаемого, речь идет о качественных расстройствах памяти, или парамнезиях.

Количественные нарушения памяти делят на амнезии, гипермнезии и гипомнезии. Амнезии выражаются в невозможности воспроизведения прошлых навыков.

Гипермнезии – обострение памяти – проявляются в форме наплыва воспоминаний и чрезмерного увеличения их числа. Воспоминания носят чувственно-образный характер, охватывают как само событие, так и его отдельные детали. Возникают в форме сцен, чаще в той или иной степени хаотичных; реже – связанных одной сложной линией. Заметно падает способность к абстрактному мышлению. Выраженная гипермнезия влечет за собой появление ментизма, скачки идей, отчетливой бессвязности и нарушения мышления.

Гипермнезии часто наблюдаются при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, в начальных стадиях опьянения, в прозроте таких психозов, как экспансивный прогрессивный паралич, при шизофрении, в состоянии гипноза и так далее.

Гипомнезия – та или иная степень ослабления памяти – чаще всего проявляется в форме дисмнезии – неравномерного поражения различных функций памяти (в первую очередь ретенции и репродукции). В практической психологии чаще используют термин «дисмнезия», а не

«гипомнезия». При гипомнезии нередко значительно нарушается память на текущие события, что может сочетаться и с амнестическими расстройствами – в первую очередь с начальной прогрессирующей и фиксационной амнезией.

Расстройство памяти происходит в определенной последовательности. Вначале утрачиваются (забываются) наиболее свежие, недавно приобретенные факты (события); ранее приобретенные, прочно закрепленные (особенно автоматизированные), а также эмоционально окрашенные подвергаются утрате (забываются) позже и в меньшей степени (закон Рибо). Ранним симптомом является нарушение избирательной репродукции – невозможность воспоминания каких-либо фактов, необходимых именно в данный момент, хотя позже эти факты всплывают в памяти даже сами по себе.

В первую очередь страдает память на имена, даты, термины. Ухудшается ориентация во времени, при этом часто лучше помнят о том или ином факте, но не могут датировать его точно или соотносить в последовательности с другими фактами того же периода. Ухудшается и может полностью нарушиться способность располагать факты в хронологической последовательности. При более тяжелых гипомнестических расстройствах из памяти в той или иной мере выпадают отдельные периоды, касающиеся личной и общественной жизни. Вместе с тем никогда не наблюдается таких опустошений запасов памяти, как это бывает при прогрессирующей амнезии.

Дисмнезии наблюдаются при всех органических заболеваниях ЦНС и представляют собой кардинальный признак психоорганического синдрома. В большей степени, особенно в форме тяжелых дисмнезий, фиксационной и прогрессирующей амнезии, они свойственны органическим заболеваниям позднего возраста (сосудистые, сенильные психозы), а также каким-либо органическим заболеваниям, впервые возникающим в этом возрастном периоде.

Расстройства памяти, обусловленные различными органическими заболеваниями, необходимо отличать от внешне сходных, но обратимых расстройств, возникающих в фоне различных психопатологических нарушений (астении, депрессии, бредовых состояний и так далее).

Отчетливые и (или) нарастающие в своей интенсивности расстройства памяти – свидетельство утяжеления психического заболевания, то есть прогностически неблагоприятный симптом. Их регресс – свидетельство уменьшения интенсивности лежащего в основе болезни органического фактора.

Парамнезии – расстройства памяти, при которых возникают ложные или искаженные смещение настоящего и прошлого, реального и воображаемого.

Клинические проявления и механизмы возникновения памяти многообразны. Они могут встречаться при различных психопатологических состояниях, например, при заболеваниях, сопровождающихся нарушениями памяти различной степени. Проявления наблюдаются также при психозах с такими продуктивными симптомами, как бред, галлюцинации, расстройства аффекта (преимущественно в форме гипоманиакальных и маниакальных состояний), при которых память сохранена. Все это обуславливает трудности классификации памяти.

Амнезия – нарушение памяти с утратой способности сохранять и воспроизводить приобретенные знания. В клинической медицине термин «амнезия» употребляется обычно как сборное понятие и в случаях генерализованных расстройств памяти, и в более узком смысле для обозначения ограниченного пробела воспоминаний, отсутствия памяти на определенный отрезок времени.

В рамках генерализованных расстройств памяти говорят об амнезии главным образом в двух случаях. При органических заболеваниях мозга нередко рано нарушается способность запоминать, фиксировать новые сведения – фиксационная амнезия. При этом нарушении ослабевает или

отсутствует память на текущие события при сохранности ее на приобретенные в прошлом знания. Расстройства запоминания типа фиксационной амнезии бывают особенно выраженными при корсаковском синдроме и корсаковском психозе, при некоторых интоксикациях, черепно-мозговых травмах, атеросклеротических и других органических психозах. Невозможность удержать в памяти свежий опыт, запоминать новые факты и обстоятельства только что случившегося, неспособность «научаться» или «обучаться» приводят, несмотря на некоторую сохранность способности к «примечанию» того, что происходит, к амнестической дезориентировке в обстановке и окружающих лицах, во времени и последовательности событий.

При старческом слабоумии, других атрофических процессах возникают более глубокие формы генерализованного нарушения памяти, происходит постепенное и далеко идущее опустошение ее запасов, то есть приобретенных сведений и знаний, - прогрессирующая амнезия.

Явления амнезии в более узком понимании, то есть развитие полных (тотальных) или частичных (парциальных, лакунарных) пробелов памяти на определенный период времени, наблюдаются при помрачении или изменении сознания (кома, сопор, измеречные, делириозные, аментивные состояния, состояния патологического аффекта, патологическое опьянение). Такие формы амнезии встречаются часто после черепно-мозговых травм, уремии, отравлений, электросудорожных припадков, эпилептических расстройств. При изменениях сознания, сопровождающих, как правило, все эти патологические состояния, нарушается внимание, восприятие, способность сосредоточиться, что приводит к невозможности запоминания и более или менее полной утрате воспоминаний на определенный отрезок времени. Выпадение (как правило, полное) воспоминаний ограничивается часто не только периодом нарушения сознания – конградная амнезия, но может распространяться и на события, которые предшествовали состоянию измененного сознания или развитию острого психотического синдрома. Такая амнезия носит название ретроградной амнезии; она может

распространяться на различные отрезки времени – от нескольких часов и дней до нескольких месяцев и даже лет. Если же утрачиваются воспоминания о переживаниях и событиях, которые были по окончании расстройства сознания или болезненного психического состояния, говорят об антероградной амнезии. Иногда обе формы сочетаются, то есть выпадают воспоминания как о предшествующих болезненному состоянию, так и о последующих за ним событиях – антероградная амнезия. Длительность и выраженность посттравматической ретро - и антероградной амнезии коррелирует обычно с тяжестью черепно-мозговой травмы и бывает наиболее выраженной в первое время после травмы.

После соответствующего нарушения наблюдаются также ограниченные пробелы памяти для событий во время гипноза – постгипнотическая амнезия. Юнг различал также и аутогипнотическую амнезию, вызванную самовнушением и истерическим вытеснением определенных событий. Кататимной амнезией называют пробелы памяти, возникающие психогенно в отношении неприятных, аффективно насыщенных впечатлений и событий. Под названием периодической амнезии Рибо описал случаи «альтернирующего сознания», при которых в одном состоянии сознания отсутствуют воспоминания о пережитом в другом состоянии. При выходе из всех этих состояний амнезии больной ничего не помнит или только смутно вспоминает отдельные факты и образы.

#### **1.4 Понятие респираторных заболеваний**

Это общее название ряда клинически сходных инфекционных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, вызываемых преимущественно вирусами. Наиболее часто среди них встречаются острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ), бронхиты, пневмонии и плевриты. Термин «острое респираторное заболевание» более широкий, чем «острое респираторно-вирусная инфекция ». Иногда используется термин

«острое заболевание верхних дыхательных путей» (когда имеются в виду поражения носоглотки, зева, гортани); при вовлечении в процесс трахеи, бронхов, бронхоол и легких говорят о поражении нижних дыхательных путей. ОРВИ сопровождается одним или несколькими клиническими синдромами.

### **1.5 Классификация неспецифических заболеваний у детей**

В ноябре 1995 г. Проблемной комиссией по детской пульмонологии Министерства здравоохранения РФ принята следующая классификация неспецифических заболеваний органов дыхания у детей:

1. Острые бронхолегочные заболевания у детей: острый бронхит (простой), острый обструктивный бронхит, бронхиолит, острый облитерирующий бронхиолит, рецидивирующий бронхит, рецидивирующий обструктивный бронхит, острая пневмония.

2. Хронические бронхолегочные заболевания у детей: хронический бронхит, хронический бронхоолит (с облитерацией), хроническая пневмония, пороки развития трахеи, бронхов, легких и легочных сосудов, бронхолегочная дисплазия, группа альвеолитов (экзогенный аллергические альвеолит, токсический фиброзирующий альвеолит, идиопатический фиброзирующий альвеолит), плевриты, бронхиальная астма.



## ГЛАВА 2. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

Для решения задач, поставленных в исследовании, во-первых, выяснялась эффективность опосредствованного запоминания в сравнении с результатами непосредственного запоминания и, во-вторых, выявлялись факторы, ответственные за ту или иную картину патологии сложных видов памяти. Для этого использовались следующие методические приемы: методика заучивания 12 слов – слова предъявлялись испытуемому и производились им 7 раз; «функциональная методика двойной стимуляции» (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия), цель которой заключается в том, чтобы вынести наружу, сделать ощутимыми процессы опосредования.

Использовались варианты этого методического приема:

а) методика А.Н. Леонтьева (для запоминания предлагалось 12 слов)

Вследствие того, что третья серия методики А.Н. Леонтьева полностью не раскрывала возможностей взятых для исследования испытуемых, как констатировали наши предварительные опыты, мы воспользовались четвертой серией методики;

б) методика пиктограмм, предложенная А.Р. Лурия

Процесс эксперимента заключался в следующем: испытуемому предлагалось для заучивания 12 слов, затем какой-либо вариант методики опосредствованного запоминания. Воспроизведение того и другого экспериментального материала следовало через 30 минут после окончания исследования по методике опосредствованного запоминания.

При проверке опосредствованного запоминания по методике А.Н. Леонтьева экспериментатор регистрировал предъявленное слово, выбранную испытуемым карточку, объяснение испытуемым своих действий, ответ, при необходимости вспомнить на картинке слово, вопросы экспериментатора и характер его помощи. Правильное воспроизведение отмечалось знаком «плюс», ошибочное – знаком «минус». К правильным ответам относились как воспроизведение испытуемым предъявленного слова, так и

произношение его вместе с другим словом, близким по смыслу (например, предъявленное слово – «драка», воспроизведенный ответ – «злоба, драка»). Ошибочные ответы включали в себя неправильно воспроизведенные слова. Протокол исследования по данной методике имел следующий вид:

| Заданное слово | Выбранная картинка | Объяснение испытуемого | Воспроизведение |
|----------------|--------------------|------------------------|-----------------|
|                |                    |                        |                 |

Для полноты психологического анализа психического состояния больных были привлечены другие методики патопсихологического исследования, обычно используемые в экспериментально-психологической работе: классификация объектов, метод исключения, воспроизведение рассказов, определение пословиц, установление отношений, счетные пробы.

Для оценки эмоционально-волевой сферы больных использовались следующие приемы:

1) предваряющая экспериментальное исследование база с больным, помогающая выяснить его жалобы, отношение больного к своему заболеванию, своим возможностям;

2) наблюдение за поведением больного во время эксперимента, его отношением к исследованию, экспериментальным задачам, своим достижениям и ошибкам, оценке экспериментатора;

3) анализ историй болезни.

Первым моментом, на который следует обращать внимание при анализе результатов проверки опосредованной памяти, была ее количественная сторона. Однако результативность опосредствованного запоминания, выраженная в абсолютных величинах, являлась малопоказательной величиной, поэтому в работе сравнивалась эффективность непосредственной и опосредованной памяти – вычислялся коэффициент эффективности опосредствованной памяти по формуле, аналогичной приведенной в вышеупомянутой работе А.Н. Леонтьева:

$$K = \frac{M_1 - M_n}{M_n} \times 100\%$$

где  $M_1$  – показатель опосредствованного запоминания в абсолютных величинах (количество правильно воспроизведенных слов);

$M_n$  – показатель непосредственного запоминания в абсолютных величинах после каждого предъявления материала (количество правильно воспроизведенных слов).

Наиболее ярко разница между больными и здоровыми испытуемыми и между различными группами больных обнаруживалась при прослеживании коэффициентов эффективности непосредственного запоминания в динамике. Это означает, что для каждого испытуемого вычисляется несколько коэффициентов эффективности опосредствованного запоминания – показатель опосредствованного запоминания в абсолютных величинах сопоставляется с показателем непосредственного запоминания после каждого предъявления материала.

С помощью вышеприведенных методов были исследованы больные (78 человек) с диффузными и локальными органическими поражениями мозга.

Первая категория больных с диффузной симптоматикой (55 человек) – состояла из больных эпилепсией (48 человек) и больных с диффузными последствиями черепно-мозговых травм (7 человек). На основании клинической картины заболевания и особенностей психических изменений больные эпилепсией были разделены на две группы: одна из них (36 человек) включала больных с диагнозом «симптоматическая эпилепсия», вызванная воздействием различных экзогенных вредностей (инфекционных, травматических, комплексных); в другую группу (12 человек) входили больные с диагнозом «эпилептическая болезнь».

Вторая категория больных – с локальными поражениями мозга (23 человека) – подразделялась на две группы в зависимости от локализации патологического очага: первая – больные с дисфункцией медиобазальных

отделов лобных областей мозга (12 человек), по характеру процесса это были опухоли, аневризмы передней соединительной артерии, локальные последствия черепно-мозговых травм; вторая – больные с поражениями гипофиза и прилегающих к нему областей, носившими опухолевый характер.

## **2.1 Исследование непосредственной памяти**

Как уже указывалось, одним из критериев, позволяющих судить об эффективности процессов опосредствования, следует выбрать соотношение его результатов с показателями непосредственной памяти. При обсуждении итогов заучивания слов необходимо использовать следующие показатели:

- 1 – зона, в которой расположена кривая заучивания, ее уровень;
- 2 – величина отсроченного воспроизведения;
- 3 – характер кривой – ее форма, наличие или отсутствие тенденции к увеличению количества воспроизводимых слов, присущей здоровым испытуемым;
- 4 – появление при воспроизведении «лишних» слов;

У больных с нарушениями опосредствованной памяти, описываемыми в данной главе, обнаруживались следующие особенности процесса заучивания:

уровень кривой запоминания был низким (степень его снижения зависела от давности заболевания, степени его прогрессивности);

количество слов воспроизведенных в отсроченном ответе, было небольшим (М – 6, 6 при норме 9,7);

отчетливая тенденция к увеличению количества воспроизводимых слов наблюдалась лишь у незначительной части больных, у большинства же эта тенденция была выражена слабо;

обнаружилось наличие «лишних» слов.

Остановимся несколько подробнее на последнем феномене. Как известно, ценность методики заучивания слов заключается в том, что ее

применение позволяет проследить динамику деятельности запоминания, действенность осуществляющих ее психологических механизмов. У здоровых испытуемых при воспроизведении происходит «редактирование» воспроизводимых ответов, постоянный процесс сличения припоминаемого материала с тем, который подвергался запоминанию. Поэтому важно провести анализ «лишних» слов, свидетельствующих о дефекте в каком-то звене мнестической деятельности, выявить причины их появления. У больных характеризуемой группы отмечались следующие типы «лишних» слов:

1) слова, связанные с предъявленными по значению; при воспроизведении испытуемые называли вместо предъявленного слова или наряду с ним близкое по значению слово-синоним или ассоциативно связанное с ним слово. Например, вместо слова «хлеб» больной называл слово «рожь» или «соль», вместо слова «лев» - «леопард»;

2) слова, созвучные предъявляемым, например, перо – пирог;

3) контаминации – наряду с воспроизведением материала, предлагавшегося им в данном задании, больные привносили и то, что фигурировало в предыдущих заданиях.

Не всегда оказывалось возможным отнести «лишнее» слово к тому или иному типу, насколько оно представляло «сплав» перечисленных вариантов.

Должны обращать на себя внимание и частые для данных больных факты повторения одних и тех же «лишних» слов при каждом воспроизведении.

## **2.2 Исследование опосредствованной памяти (анализ создаваемых при опосредствовании связей, типов воспроизведения)**

Критериями продуктивности опосредствованного запоминания были его абсолютная величина и коэффициент эффективности опосредствованного запоминания.

Данные исследования показывают, что у характеризуемых больных опосредствование в некоторой степени способствовало повышению результативности запоминания. Однако фактор опосредствования не смог выполнить своей функции в должной степени. Для объяснения этого явления необходимо обратиться к качественной характеристике процессов памяти, к анализу того, как осуществляется деятельность опосредствования.

Сформулированный таким образом подход облегчает выбор критериев, на которых базируется оценка экспериментального материала. Главным показателем, позволяющим судить о том, в какой степени используются различные вспомогательные средства, совершенствующие структуру запоминания, является анализ связей, создавшихся при опосредствования.

Первым параметром, положенным в основу классификации связей, служит их содержательная сторона, характеристика тех признаков, которые используются при установлении опосредствующих звеньев. Связи, устанавливаемые разными группами больных при применении методики А.Н. Леонтьева, можно разделить на несколько видов:

1. Использование адекватных значимых признаков, способствующих тому, что связь служит подлинным кодом запоминания. Средство кодирования может быть более или менее обобщенным, однако общим для всех связей этого типа является то, что они основаны на оперировании с признаками, связанными со значением слова и картинки.

Иногда к этим качествам связей примешивался элемент субъективизма – больные выражали то или иное отношение к изображаемому (явление, наблюдавшееся и у здоровых испытуемых), однако этот момент субъективизма сочетался с содержательным подходом, не нарушая его.

| Заданное слово | Выбранная картинка | Объяснение испытуемого  |
|----------------|--------------------|---|
| Собрание       | Стул               | «тут люди слушали собрание и на стульях сидели»                                   |
| Драка          | Нож                | «когда дерутся, может один палкой, один кулаком стукнуть, другой ножиком пырнуть» |

2. Синкретические связи, использование незначимых признаков, вследствие чего связь не способна быть кодом, улучшающим запоминание. Предметы, явления объединяются не на основании общих, свойственных им признаков, а в силу родства, устанавливаемого между ними во впечатлении. Л.С. Выготский определял такие связи, как связи «... без достаточного внутреннего родства и отношения между образующими ее частями, ... диффузное, ненаправленное распространение значения слова, или заменяющего его знака, на ряд внешне связанных в впечатлении ребенка, но внутренне необъединенных между собой элементов».

Эти связи имеют следующие разновидности:

а) формальные, при установлении которых нередко основную роль играют чисто синкретические законы восприятия. Например,

| Заданное слово | Выбранная картинка | Объяснение испытуемого       |
|----------------|--------------------|------------------------------|
| Собрание       | Солнце             | «много лучей, количество»    |
| Собрание       | Забор              | «народу много и досок много» |
| Дождь          | Доска              | «первая буква «д»            |
| Пожар          | Перо               | «первая буква «п»            |

б) связи, основанные на эмоциональных субъективных факторах.

Примеры подобных связей:

| Заданное слово | Выбранная картинка | Объяснение испытуемого               |
|----------------|--------------------|--------------------------------------|
| Драка          | Гусь               | «у него воинственный вид»            |
| Горе           | Собака             | «у нее очень тоскливый вид»          |
| Горе           | Лошадь             | «у лошади, может горе, она грустная» |

3. Применение второго варианта методики опосредствованного запоминания – методики пиктограмм – позволило кроме аналогичных вышеприведенным видам связей обнаружить еще один их вид – конкретные, конкретно-ситуационные связи, описанные в свое время Г.В. Биренбаум (1934), Б.В. Зейгарник (1962). При опосредствовании по методике А.Н. Леонтьева эти связи внешне могли выглядеть как обобщенные, поэтому их

выделение не могло быть четким. В большей степени они заметны при запоминании по методике пиктограмм.

Явление, описанное Г.В. Биренбаум и Б.В. Зейгарник, применившими эту методику к больным с грубыми органическими поражениями мозга, заключающиеся в преобладании конкретно-ситуационных связей, невозможность усвоить и передать в рисунке условный смысл выражения, выступило и в нашем исследовании: больные зачастую испытывали затруднения при необходимости отразить в рисунке значение слова или выражения, стремились выразить в рисунке все качества, присущие, по их мнению, заданному выражению, не могли найти существенных признаков, которые можно было бы передать в рисунке условным образом.

Вторым параметром, по которому могут классифицироваться связи, является динамический аспект этого процесса. Одним из преимуществ методик, направленных на исследование опосредствованного запоминания, является возможность моделирования с их помощью деятельности развертывающейся при этом, со всеми входящими в нее действиями и операциями.

Г.В. Биренбаум, исследуя процессы опосредствованного запоминания с помощью пиктограмм, выделила и психологически проанализировала основные этапы процесса образования смысловых связей: 1) осмысление заданного слова, 2) образование связи, 3) воспроизведение слова; показала трудности, которые могут возникнуть на каждом из них. Однако все конфликты, возникающие при необходимости запомнить слово и затем воспроизвести его с помощью искусственно созданного средства, объяснялись этим автором неполноценным и измененным значением слова, его комплексной непонятной природой. Нам представляется не менее важным для полной характеристики опосредствованного указать на ту степень, в какой осуждения больных являются последовательными, целенаправленными, то есть на процессуальную сторону мнестической деятельности.



Характер процессов установления связей может быть:

1 – динамически адекватным, основанным на последовательном, целенаправленном оперировании элементами связей. Например,

| Заданное слово | Выбранная картинка | Объяснение испытуемого               |
|----------------|--------------------|--------------------------------------|
| Ошибка         | Карандаш           | «исправить ошибку»                   |
| День           | Часы               | «обычно часы показывают время суток» |

2 – нецеленаправленным, характеризующимся отсутствием подчиненности общей задаче. Нецеленаправленность опосредствующих операций обычно оформляется по-разному, при этом вычленяются следующие виды связей:

а) «вязкие» связи, в основе которых лежит инертность отношений прошлого опыта. При этом больные не могут переключаться с одного способа решения на другой, изменить ход своих суждений под влиянием изменившихся обстоятельств. «Вязкость» может выступать:

– в пределах выбора одной связи – больные не упускают при выполнении задания ни одной детали, ни одного свойства предметов и явлений. Часто такого рода связи наблюдаются при применении методики пиктограмм;

– в пределах всего задания – отсутствуют вариации способов опосредствования, все связи выбираются больными по одному и тому же принципу.

При опосредствовании по методике А.Н. Леонтьева, в которой средства уже даны испытуемому и ему нужно лишь выбрать их из имеющихся перед ним карточек, зачастую трудно было опознать подобную «вязкость» связей, потому что процесс их установления протекал чрезвычайно быстро, одномоментно. В отличие от этого в пиктограммах, где значительный акцент падает на самостоятельное отражение больным в рисунке условного смысла предлагаемого для запоминания материала, представляется больше возможностей проследить сукцессивные характеристики создания и

использования опосредствующих звеньев. Поэтому наиболее яркие иллюстрации такого вида связей можно встретить в протоколах исследования памяти методом пиктограмм;

б) чрезмерно лабильные «полевые» связи, вызванные нецеленаправленностью психической деятельности. Это нарушение приводит к тому, что деятельность запоминания распадается на ряд не связанных друг с другом единой логикой действий. Так, при применении методики А.Н. Леонтьева любая карточка может вызвать реакцию больного, неадекватную поставленной перед ним задаче, искажающую последовательный ход его суждений.

Наряду с анализом создаваемых опосредствующих связей при обработке материала обязательно нужно акцентировать внимание и на характеристике воспроизведения, являющегося основным показателем эффективности запоминания. Оценка воспроизведения сложна по своей структуре, она включает в себя как количественную, так и качественную стороны этого процесса. Коэффициенты, характеризующие численно эффективность опосредствованного запоминания, совершенно не раскрывают осуществляемой при этом активности; зачастую за величинами этих коэффициентов стоят различные радикалы, механизмы мнестических процессов. Качество воспроизведения важно не только для оценки памяти, но и для понимания стратегии мнестических процессов, отношения между тем или иным видом связи типов воспроизведения.

Как показали протоколы, наряду с различием связей существуют разные типы воспроизведения, которые можно классифицировать следующим образом:

I. А – X – А – правильное воспроизведение предложенного слова.

| Заданное слово | Выбранная картинка | Объяснение испытуемого      | Воспроизведение |
|----------------|--------------------|-----------------------------|-----------------|
| Пожар          | Велосипед          | «поможет добраться быстрее» | «пожар»         |

II. ошибочное воспроизведение, которое принимает различные формы:

1)  $A - X - A'$  – воспроизводится слово, близкое по значению к заданному.

| Заданное слово | Выбранная картинка | Объяснение испытуемого | Воспроизведение |
|----------------|--------------------|------------------------|-----------------|
| Труд           | Перья              | «умственный труд»      | «работа»        |

2)  $A - X - X'$  – называются слова или фразы, отражающие значения используемого средства, воспроизводится то, что должно было послужить только связующим звеном, переходным моментом от заданного слова к выбираемой карточке и, наоборот, от карточки к слову.

| Заданное слово | Выбранная картинка | Объяснение испытуемого                         | Воспроизведение   |
|----------------|--------------------|--|---|
| Праздник       | Носки              | «в какой-то праздник могли подарить мне носки» | «подарок»   |
| Ошибка         | Носки              | «ошибка, что надел полосатые носки»            | «неподходящие носки, которые ему не понравились, он отказался от них, потому что они очень полосатые» |

3)  $A - X - X$  – называется при воспроизведении то, что изображено на карточке или имеет непосредственное отношение к картинке. Объясняется это тем, что задание на опосредствованное запоминание перестает быть таковым, теряет свой смысл для больного. Поэтому при необходимости вспомнить предложенный материал центральным моментом, отправной точкой для подобных больных выступает картинка или созданный самостоятельно рисунок, который вызывает импульсивную непосредственную реакцию – название того, что в данный момент находится перед больным.

| Заданное слово | Выбранная картинка | Объяснение испытуемого   | Воспроизведение   |
|----------------|--------------------|--|-------------------|
| Драка          | Петух              | «драться может и петух, и гусак, и жеребец, и собака, берите хоть все» | «животное, птица» |

4) А – Х – Y – ответ, непосредственно не связанный ни с предъявленным словом, ни с картинкой; картинка или рисунок являются источником появления побочных ассоциаций.

| Заданное слово | Выбранная картинка | Объяснение испытуемого  | Воспроизведение |
|----------------|--------------------|---|-----------------|
| Горе           | Велосипед          | «У меня был неприятный случай с велосипедом»                            | «бегун»         |
| Горе           | Часы               | «Горе какое может быть у человека? Часы сломались нужно ремонтировать». | «часовой завод» |

5) привнесения – воспроизводятся слова, соответствующие не предъявляемой в данный момент карточке, а карточке отложенной больным ранее.

Иногда трудно четко разграничить разные типы воспроизведения, поэтому вопрос о квалификации ответа решается на основании того, к какому типу ответа оказывается ближе слово, названное испытуемым.

Одна из причин ошибок при воспроизведении – застревание на средстве, промежуточной операции, которой должна быть отведена в процессах запоминания обслуживающая роль. Средство запоминания вытесняет цель деятельности. Это может свидетельствовать об инертности психических процессов, неумении переключаться с одного этапа мнестической деятельности на другой.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании вышеизложенного мы установили, что респираторные заболевания, а именно переход в хроническую форму оказывает непосредственное негативное влияние на психическое развитие детей, где имеет место нарушение познавательных процессов, а именно нарушение памяти (гипомнезия, слабая продуктивность памяти), нарушение со стороны внимания (слабая интенсивность концентрирования внимания, слабая переключаемость) и нарушения эмоционально – волевой сферы.

Данные нарушения обусловлены поражением нервной системы, т.е. наличием вторичной гипоксической энцефалопатии как следствие функциональных изменений со стороны респираторного тракта.

Оценка особенностей психического статуса детей с респираторными заболеваниями в возрасте с 5-7 лет.

| № п/п | Заболевания        | Нарушения памяти | Изменения со стороны эмоционально-волевой сферы |
|-------|--------------------|------------------|---|
| 1.    | Бронхиты           | 25               | 35  |
| 2.    | Пневмонии          | 9                | 12  |
| 3.    | Бронхиальная астма | 12               | 15  |
| 4.    | Поллиноз           | 9                | 12  |
|       | Всего:             | 55 (39,33%)      | 74 (52,8%)                                      |

1. Изменения со стороны эмоционально-волевой сферы (негативные эмоции, чувства; изменения в эстетическом, нравственном развитии) - 74 (52.8%)

2. Нарушение памяти, внимания (гипомнезия, слабая продуктивность памяти; слабая интенсивность концентрирования внимания) - 55 (39.33%)

Предложения:

1. Учитывать особенности психического статуса при обучении таких детей.

2. Параллельно с педагогической коррекцией (проведение упражнений на развитие внимания, памяти) включать лечебные мероприятия

направленные на ремиссию данных заболеваний (закаливание, массаж, дыхательная гимнастика).

3. Внедрить проведение точечного массажа в коррекционной педагогике.

4. Рекомендовать с учетом измененных трудовых навыков специальный курс СБО для данной группы детей.

5. Организовывать группы лечебной физкультуры в школах (ЛФК).

В борьбе с частыми респираторными заболеваниями ведущая роль принадлежит коррекции факторов окружающей ребенка среды, ломки тепличных условий воспитания. Закаливания, соблюдение правильного воздушного и температурного режима, ношение одежды по сезону - основа повышения невосприимчивости детей к респираторно-вирусной инфекции.

Существует множество комплексов лечебной физкультуры, имеющих определенные показания, их назначение и проведение осуществляется специалистами. После соответствующего обучения ребенка, родителей, учителя физкультуры упражнения можно проводить дома и в школе. Физические упражнения при любом заболевании способствуют более быстрому восстановлению нарушенных функций, предупреждению осложнений, стимулирует защитные силы организма, повышает эмоциональный тонус больного ребенка и улучшает адаптацию его к физическим и умственным нагрузкам.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Большая медицинская энциклопедия под редакцией Б.В. Петровского. Издательство: «Советская энциклопедия» М., 1974г. (т.т. 1, 18, 22).
2. П.Д. Шабанов, Ю.С. Бородкин «Нарушения памяти и их коррекция». Издательство: «Наука» Ленинград, 1989.
3. Л.В. Петренко «Нарушения высших форм памяти» Издательство московского университета, 1976 г.
4. А.Л. Лурия «Мозг и память». Издательство: «Медицина», М., 1975 г.
5. Трауготт «О механизмах нарушения памяти». Л., 1985 г.
6. Ахметьев Н.М. «Хроническая пневмония у детей», М., 1958 г.
7. Бадалян Л.О. «Детская неврология», Москва «Медицина», 1984 г.
8. Гавалов С.Н. «Хронические неспецифические пневмонии у детей», Москва «Медицина», 1968 г.
9. Голик А.Н. «Введение в педагогическую психиатрию», учебное пособие. Москва «УРАО», 2000 г.
10. Готман Н.В. «Пневмонии у детей», Москва «Медицина», 1955 г.
11. Домбровская Ю.Ф. «Инфекционно-аллергические заболевания у детей», М., 1965 г.
12. Звягинцева С.Г. «Бронхиальная астма у детей», Москва «Медицина», 1958 г.
13. Здродовский П.Ф. «Проблемы инфекции, иммунитета и аллергии», М., 1963 г.
14. Матвеев В.Ф. «основы медицинской психологии, этики и деонтологии», Москва «Медицина», 1989 г.
15. Немов Р.С. «Психология», 4-ое изд, Москва «Владос», 2001 г.
16. Правдивцев В.А., Ясенев В.В., Козлов С.Б. «Основы системных механизмов высшей нервной деятельности», Смоленск, 1997 г.
17. Подласый И.П. «Педагогика. Новый курс». В 2-х томах. Москва «Владос», 2000 г.

18. Таточенко В.К. «Популярная пульмонология детского возраста», Москва «Медицина», 1991 г.
19. Рубель А.Н. «Хронические бронхиты, пневнеконииозы и пневмосклерозы», Ленинград, 1955 г.
20. Рубенштейн Г.Р. «Дифференциальная диагностика заболеваний легких», Москва «Медицина», 1950 г.
21. Рубенштейн С.Л. «Основы общей психологии» в 2-х томах, т. 1. Москва , 1989 г.
22. Рогов Е.И. «Настольная книга практического психолога» в 2-х книгах, Москва «Владос», 1998 г.
23. Смирнов В.И. «Нейрофизиология и высшая нервная деятельность детей и подростков», Москва «Академа», 2000 г.
24. Студенкин М.Я. «Книга о здоровье детей», Москва «Просвещение», 1986 г.
25. Фарбер Д.А., Дубровинская Н.В. «Мозговая организация когнитивных процессов в дошкольном возрасте» Физиология человека 1997г. – том 23.
26. Фишман М.Н. «Интегративная деятельность мозга детей в норме и патологии», Москва , 1989 г.
27. Штефко В.Г. «Анатомо-физиологические особенности детского возраста», Москва-Ленинград, 1935 г.
28. Шабалов Н.П. «Детские болезни»: Учебник, Санкт-Петербург, 2001 г.