



Мамайчук И. И.

Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006. – 400 с.

В данном научно-практическом пособии излагаются различные психокоррекционные технологии, направленные на компенсацию и исправление интеллектуальных и эмоционально-волевых проблем у детей с различными вариантами нарушений психического и физического развития. Представленные технологии апробированы в процессе многолетнего опыта работы с детьми и подростками с проблемами в развитии.

Книга будет полезна не только психологам, работающим в области клинической и возрастной психологии, но и родителям, педагогам-дефектологам, социальным работникам и другим специалистам.

ББК 88.8

ISBN 5-9268-0166-4

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
Глава 1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ.....	4
Глава 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ.....	15
Определение психологической коррекции.....	15
Принципы психологической коррекции.....	17
Классификация видов психологической коррекции .....	20
Классификация видов проблемного развития.....	24
Методологические и теоретические основы разработки психокоррекционных технологий для детей с проблемами в развитии .....	29
Глава 3. ПСИХИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ И ОСНОВНЫЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ .....	35
Клинико-психологические характеристики детей с психическим недоразвитием .....	35
Психокоррекционные технологии для детей с психическим недоразвитием.....	43
Организация психокоррекционного процесса .....	46
Глава 4. ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ .....	53
Клинико-психологические характеристики задержки психического развития.....	53
Нейропсихологическое исследование детей с зпр церебрально-органического генеза .....	61
Психокоррекционные технологии: цели, задачи, организация, динамика, психотехники.....	68
Глава 5. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕННОМ ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ.....	88
Клинико-психологическая характеристика детей с поврежденным психическим развитием.....	88
Психологическая коррекция и психокоррекционные технологии для детей с поврежденным психическим развитием.....	95
Организация процесса психокоррекционной работы.....	96
Глава 6. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ИСКАЖЕННЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ.....	102
Клинико-психологическая характеристика детей с ранним детским аутизмом.....	102
Основные направления психологической коррекции и психокоррекционные технологии для детей с ранним детским аутизмом .....	112
Психокоррекционные технологии.....	122
Глава 7. ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ .....	134
Клинико-психологические особенности детей с церебральным параличом .....	134
Возрастная динамика психомоторного развития детей с детским церебральным параличом ....	138
Особенности сенсорно-перцептивной деятельности у детей с церебральным параличом ....	142

Психологическая помощь детям с церебральным параличом, ее направление и задачи .....	144
Психодиагностика и психокоррекционные технологии для детей с церебральным параличом.	148
Психокоррекционные технологии, используемые при коррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков с церебральным параличом.....	156
Психологическая коррекция гностических процессов у детей с церебральным параличом .	162
Глава 8. ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ДИСГАРМОНИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	175
Клинико-психологическая характеристика дисгармонии психического развития в детском и подростковом возрасте .....	175
Основные формы и методы психологической коррекции .....	188
Глава 9. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ .....	205
Факторы риска возникновения эмоциональных нарушений в детском возрасте.....	205
Методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей .....	208
Индивидуальные формы психологической коррекции детей с эмоциональными нарушениями .	229
Арт-терапия как метод коррекции невротических нарушений у детей .....	234
Музыкотерапия в системе психологической коррекции детей с эмоциональными нарушениями .....	236
Глава 10. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКИХ ОТНОШЕНИЙ.	238
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	249
ЛИТЕРАТУРА.....	251

## ВВЕДЕНИЕ

Одним из важных звеньев в системе психологической помощи детям с проблемами в развитии является психологическая коррекция. Однако, реализуя на практике психокоррекционные методы, психолог нередко сталкивается с большими трудностями. Овладев многочисленными методами психокоррекционных воздействий, например, нейролингвистическим программированием, психорегулирующими тренировками, психогимнастикой и пр., психолог-практик нередко бездумно применяет их без связи с теоретическим обоснованием, без учета сложной структуры дефекта у ребенка, его клинико-психологических и индивидуально-типологических характеристик. В результате такого подхода можно получить обратный эффект и вместо помощи ребенку спровоцировать у него нервно-психическое расстройство.

В настоящее время существует множество противоречивых взглядов на проблему психологической коррекции, не разработаны ее теоретические и методологические аспекты, не раскрыты ее основные направления и механизмы воздействия при различных вариантах нарушений физического и психического развития у детей и подростков.

Для успешного осуществления психологической помощи психологу-практику необходима совокупность знаний о способах и средствах проведения психологической коррекции, т. е. овладение многообразными психокоррекционными технологиями.

В данном научно-практическом пособии излагаются различные психокоррекционные технологии, направленные на компенсацию и исправление интеллектуальных и эмоционально-волевых проблем у детей с различными вариантами нарушений психического и физического развития.

Представленные нами технологии апробированы в процессе многолетнего опыта работы с детьми и подростками с проблемами в развитии.

## Глава 1.

# ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ

История развития методов психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии неотделима от истории психологии детей и подростков с проблемами в развитии. Условно можно выделить четыре основных периода развития.

*Первый период* – описательный, включающий в себя медицинские и педагогические вопросы коррекции аномального развития. Педагоги, врачи, психологи всегда проявляли большой интерес к проблеме аномального развития ребенка на всем протяжении ее истории. Развитие медицинских и философских знаний давало возможность с научных позиций подойти к пониманию процесса психического развития аномальных детей.

Большинство работ врачей и педагогов XIX века было посвящено психологии умственно отсталых детей. Эти больные были выделены из общей массы душевнобольных в отдельную группу. Многие психиатры и психологи того периода пытались разработать классификацию физиологических и социальных причин интеллектуальных дефектов у детей. Особая роль в изучении детей с интеллектуальной недостаточностью принадлежит французскому врачу и педагогу середины XIX века Эдуарду Сегену (1812–1880 гг.). Он первый попытался вычленил наиболее существенные дефекты при умственной отсталости, подчеркнул определяющую роль нарушений волевой активности ребенка в формировании дефекта, придавал особое значение развитию органов чувств у людей с ограниченными интеллектуальными возможностями. К сожалению, в отечественной дефектологии и психологии уделяется недостаточное внимание исследованиям этого великого ученого-гуманиста. Сеген организовал школу-интернат для умственно отсталых детей, где стремился осуществить свои идеи в области лечебной педагогики. Его работы остаются актуальными и в наше время. В своей монографии «Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно ненормальных детей» Э. Сеген описал картину идеального учреждения, в котором должны воспитываться умственно отсталые дети, он отмечал важную роль социального воспитания глубоко отсталого ребенка, подчеркивал, что путь развития умственно отсталых детей лежит через сотрудничество, через социальную помощь другого человека (Сеген, 1903). Автор предлагал комплексный подход к воспитанию детей с нарушениями интеллекта. Однако Э. Сеген вошел в историю не только как специалист, исследующий особенности психического развития при нарушениях интеллекта. Э. Сеген является автором оригинальных методов диагностики и коррекции перцептивного и умственного развития детей с нарушением интеллекта. Эти методы имеют несомненное практическое значение и сегодня. Каждый психолог-практик знаком с методиками, направленными на исследование целенаправленных действий, которые были предложены Э. Сегеном. Для диагностики и коррекции сенсорно-перцептивных процессов автор использовал различные геометрические фигуры, среди которых были совсем простые или более сложные. Фигуры располагались в специальных выемках. Более сложные варианты отличались тем, что выемки в досках были заполнены комбинацией нескольких форм. Например, квадрат можно было сложить только из двух или более треугольников. Психолог показывает ребенку доску, на его глазах опрокидывает ее и предлагает расположить фигурки на доске. Выполнение такого простого

задания дает возможность психологу проследить, как ребенок понял инструкцию, его отношение к выполнению задания, какие способы работы ребенок использует, как правильно дифференцирует форму. Преимуществом данного метода является то, что задания ребенку можно предложить без использования предварительных словесных инструкций, что является важным при обследовании детей с проблемами слуха и речи. Психологи широко используют доски Сегена (так называется эта методика) для исследования особенностей зрительного восприятия, моторики, зрительно-моторной координации. Появление в психолого-педагогической практике методики Сегена можно считать началом развития психокоррекционных технологий.

В России одним из первых исследователей проблемы диагностики и коррекции детей с нарушениями в развитии был П. Я. Трошин, автор первой отечественной монографии под названием «Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей», вышедшей в 1916 году. Автор тщательно проанализировал различия в перцептивных, мнемических и мыслительных процессах у детей с умственной отсталостью и здоровых детей. «По существу, – отмечает Трошин, – между нормальными и ненормальными детьми нет разницы, те и другие люди, те и другие дети, у тех и у других развитие идет по одним законам. Разница заключается лишь в способах развития» (Трошин П. Я., 1916. Т. 1, с. 14). Эта мысль получила свое дальнейшее развитие в трудах Л. С. Выготского. В своем двухтомном труде П. Я. Трошин предлагает оригинальные методы диагностики и психокоррекционных воздействий, направленных на оптимизацию психических процессов у детей с нарушенным интеллектом.

*Второй этап* развития теории и практики психологической коррекции тесно связан с широким внедрением экспериментально-психологических методов в систему психологических исследований. Гуманистическая направленность работ Э. Сегена и П. Я. Трошина была продолжена в исследованиях зарубежных и отечественных психологов по изучению психического развития детей не только с умственной отсталостью, но и с другими дефектами.

Большой интерес представляют исследования особенностей психического развития здоровых детей и детей с проблемами в развитии с позиции ассоциативной психологии (Э. Клаперед, М. Монтессори). Исследования М. Монтессори и сегодня остаются актуальными и практически значимыми, несмотря на многочисленность их критических оценок.

Мария Монтессори (1870–1952 гг.) родилась в Италии, в 1896 году окончила университет и стала первой в Италии женщиной – доктором медицины. Перед ней открывались многочисленные пути, но она выбрала самый неблагодарный и тяжелый. Главным интересом ее как профессионала стали особенности психического развития умственно отсталых детей. Следуя идеям Эдуарда Сегена, Мария Монтессори начинает создавать свои коррекционные материалы, направленные на развитие познавательных процессов у ребенка. Вскоре М. Монтессори создает специальную школу, а затем медико-педагогический институт для умственно отсталых детей и сирот. Она разрабатывает разнообразный дидактический материал для психического развития умственно отсталых детей. В основе психолого-педагогической системы М. Монтессори находится важное положение, что любая жизнь есть проявление активности. «Начало развития лежит, – пишет М. Монтессори, – внутри. Ребенок растет не потому, что он питается, не потому, что он

дышит, не потому, что он находится в благоприятных условиях температуры: он растет потому, что заложенная в нем потенциально жизнь развивается и проявляется, потому, что он плодотворное зерно, из которого зародилась его жизнь и развивается, повинаясь биологическим законам, предначертанной наследственностью» (Монтессори, 1986, с. 382). Центральным компонентом теории Монтессори являются концепции сензитивных периодов развития у ребенка. Сензитивные периоды, по мнению Монтессори, сходны с критическими периодами, которые она рассматривает как генетически запрограммированные отрезки времени, когда ребенок способен овладеть определенными навыками. Например, существуют сензитивные периоды для овладения языком, ходьбой и пр. М. Монтессори считает, что ребенку необходимо предоставить условия для самообучения и самовоспитания. Уделяя большое внимание сенсорному воспитанию детей с умственной отсталостью, М. Монтессори подчеркивает, что у них наблюдаются выраженные нарушения восприятия, и формирование восприятия является важным в развитии их психики. Эти взгляды М. Монтессори послужили источником для многочисленных критиков, которые упрекали ее в том, что она подходит к развитию ребенка с позиции ассоциативной психологии, рассматривая психологическую коррекцию как форму специальных упражнений, направленных на развитие сенсомоторных способностей. Однако эти критические замечания не снижают общей ценности взглядов М. Монтессори на процесс воспитания ребенка. Воспитание по Монтессори – это организация окружающей ребенка среды, которая наиболее соответствует его потребностям. Суть психокоррекционных методов, разработанных М. Монтессори, заключается в том, чтобы стимулировать ребенка к самовоспитанию, самообучению и саморазвитию. Дидактические материалы, предложенные М. Монтессори, широко используются в психокоррекционной практике не только за рубежом, но и в нашей стране. Критики Монтессори нередко упрекают ее еще и в том, что она недооценивала такие важные ведущие факторы развития ребенка, как игра, рисование, сказки. Однако ее вклад в коррекционную педагогику и психологию огромен. Она убедительно показала, что возможно создавать условия для саморазвития ребенка с помощью специальных игровых материалов, и умелое использование психологами и педагогами этих материалов способствует раскрытию потенциальных возможностей развивающейся личности. Психокоррекционный потенциал системы Марии Монтессори чрезвычайно велик, так как в основе ее системы лежит безграничная вера в творческую природу человека. В дореволюционной России и в первые годы после октябрьского переворота русские психологи успешно разрабатывали свои психокоррекционные системы, находясь под влиянием системы М. Монтессори. А. Н. Грабов (1885–1949 гг.) разработал особую систему коррекционных занятий по развитию памяти, мышления, произвольных движений у детей с интеллектуальными нарушениями. Особое место в разработке системы психологической коррекции детей с проблемами в развитии принадлежит В. П. Кащенко, выдающемуся врачу и педагогу. Всеволод Петрович Кащенко родился в 1870 году. Его старший брат Петр Кащенко был известным психиатром. Окончив медицинский институт, В. П. Кащенко проявляет огромный интерес к детской психологии и психопатологии. Первые практические навыки в области детской психологии он приобрел в экспериментально-психологической лаборатории Россолимо. В 1907 году В. П. Кащенко сотрудничает с А. С. Грибоедовым, который руководил в тот период невропатологической клиникой. В 1908 году Кащенко уезжает за границу, чтобы познакомиться с работами детских психологов в Германии, Швейцарии,

Италии, Бельгии. После возвращения из-за границы создает первую в Москве санаторную школу для дефективных детей. Будучи профессором по невропатологии и лечебной педагогике, В. Кащенко проявляет огромный интерес к проблемам детской дефективности, безнадзорности и правонарушениям. Изданная в 1912 году под редакцией и с участием В. Кащенко книга «Дефективные дети в школе» была одним из первых русских учебников по коррекционной педагогике и психологии. В своих последующих работах В. Кащенко подчеркивал значение социальной среды в формировании личности детей с проблемами в развитии. К сожалению, имя В. Кащенко на долгие годы было забыто, и только в 1992 году была издана его книга «Педагогическая коррекция: исправление недостатков характера у детей и подростков», в которой достаточно полно отражены принципы и методы лечебной педагогики, психотерапевтической и психологической коррекции, психологической диагностики. Идеи врача-гуманиста и психолога В. П. Кащенко, изложенные в этой книге, и сегодня являются весьма актуальными и практически значимыми.

*Третий этап* развития методов психологической коррекции связан с именем Л. С. Выготского (1896–1934). Л. С. Выготским проводились многочисленные исследования в области дефектологии и специальной психологии, накапливался эмпирический материал об особенностях развития детей с различными физическими и психическими аномалиями. Следует отметить, что еще до Л. С. Выготского наблюдалось большое количество исследований, в которых подчеркивалась роль социального воспитания в развитии аномального ребенка. Это работы Э. Сегена, П. Я. Трошина, А. С. Грибоедова, В. П. Кащенко, А. Адлера и др., имеющие несомненную теоретическую и практическую значимость и сегодня. Л. С. Выготский проанализировал работы своих предшественников и создал единую концепцию аномального развития, наметив основные направления его коррекции. В основу исследований аномального детства положена теория психического развития, которую Выготский разработал, изучая особенности нормального психического развития. Он показал, что наиболее общие законы развития нормального ребенка прослеживаются и в развитии аномальных детей. «Признание общности законов развития в нормальной и патологической сфере – краеугольный камень всякого сравнительного изучения ребенка. Но эти общие закономерности находят своеобразное конкретное выражение в одном и в другом случае. Там, где мы имеем дело с нормальным развитием, эти закономерности реализуются при одном комплексе условий. Там, где перед нами развертывается атипичное, уклоняющееся от нормы развитие, те же самые закономерности, реализуясь в совершенно другом комплексе условий, приобретают качественно своеобразное, специфическое выражение, не являющееся мертвым слепком с типичного детского развития» (Выготский, 1983–1984. Т. 5, с. 196).

Концепция детерминации психического развития аномального ребенка была выдвинута Л. С. Выготским в противовес существовавшей в тот период биологизаторской концепции, утверждающей, что развитие аномального ребенка протекает по особым законам. Обосновывая положение об общности законов развития нормального и аномального ребенка, Выготский подчеркивал, что общим для обоих вариантов является социальная обусловленность психического развития. Во всех своих работах ученый отмечал, что социальное, в частности педагогическое, воздействие составляет неиссякаемый источник формирования высших психических функций как в норме, так и в патологии.

Идея социальной обусловленности развития специфически человеческих психических



процессов и свойств неизменно содержится во всех работах автора и, хотя она не бесспорна, следует отметить ее практическую значимость, которая заключается в выделении важной роли педагогических и психологических воздействий в развитии психики ребенка как при нормальном, так и при нарушенном развитии.

Идеи Л. С. Выготского о системном строении дефекта позволили ему выделить в аномальном развитии две группы симптомов. Это первичные нарушения, которые непосредственно вытекают из биологической природы болезни, например, нарушение слуха, зрения, двигательные нарушения, локальные поражения коры головного мозга, и вторичные нарушения, которые возникают опосредованно в процессе социального развития аномального ребенка. «Все современное психологическое исследование ненормального ребенка проникнуто той основной идеей, что картина умственной отсталости и других форм ненормального развития представляет в высшей степени сложное строение. Ошибочно думать, что из дефекта, как из основного ядра, прямо и непосредственно могут быть выделены все решительно симптомы, характеризующие картину в целом. На самом деле оказывается, что те особенности, в которых проявляется эта картина, имеют очень сложное строение. Они обнаруживают чрезвычайно запутанную структурную и функциональную связь и зависимость, в частности показывают, что наряду с первичными особенностями такого ребенка, вытекающими из его дефекта, существуют вторичные, третичные и т. д. осложнения, вытекающие не из самого дефекта, а из первичных его симптомов. Возникают как бы добавочные синдромы ненормального ребенка, как бы сложная надстройка над основной картиной развития...» (Выготский, 1983–1984. Т. 5, с. 205). Вторичный дефект, по мнению автора, является основным объектом психологического изучения и коррекции при аномальном развитии. Механизм возникновения вторичных дефектов у детей зависит от различных факторов. Автором были выделены следующие факторы, определяющие аномальное развитие. Фактор 1 – время возникновения первичного дефекта. Общим для всех видов аномального развития является раннее возникновение первичной патологии. Тот дефект, который возник в раннем детстве, когда не сформировалась вся система функций, обуславливает наибольшую тяжесть вторичных отклонений. Например, при раннем поражении зрения, интеллекта и даже слуха у детей наблюдается отставание развития моторной сферы. Это проявляется в позднем развитии ходьбы, в недоразвитии мелкой моторики. У детей с врожденной глухотой наблюдается недоразвитие либо отсутствие речи. То есть чем раньше возникает дефект, тем к более тяжелым нарушениям хода психического развития он приводит. Однако сложная структура аномального развития не исчерпывается только отклонениями тех сторон психической деятельности, развитие которых находится в прямой зависимости от первично пострадавшей функции. В силу системного строения психики вторичные отклонения, в свою очередь, становятся причиной недоразвития других психических функций. Например, недоразвитие речи у глухих и тугоухих детей приводит к нарушению интерперсональных отношений, что, в свою очередь, негативно отражается на развитии их личности.

Фактор 2 – степень выраженности первичного дефекта. Различаются два основных вида дефекта. Первый из них – частный, обусловленный дефицитностью отдельных функций гнозиса, праксиса, речи. Второй – общий, связанный с нарушением регуляторных систем. Глубина поражения или степень выраженности первичного дефекта определяет разные условия аномального развития. Чем глубже первичный дефект, тем больше страдают

другие функции.

Системно-структурный подход к анализу дефекта у детей с нарушениями в развитии, предложенный Л. С. Выготским, позволяет оценить все многообразие их развития, выделить его определяющие и побочные факторы и на основе этого построить научно обоснованную психокоррекционную программу.

В генезисе взглядов Выготского на процесс аномального развития отражается его общая концепция развития высших психических функций. Разделяя психические функции на высшие и низшие, Выготский подчеркивал, что «исследование высших психических функций в их развитии убеждает нас, что эти функции имеют социальное происхождение как в филогенезе, так и в онтогенезе <...> всякая функция появляется на сцену дважды, в двух планах, сперва – социальном, потом психическом, сперва между людьми как категория интерпсихическая, затем внутри ребенка как категория интрапсихическая» (Выготский, 1983–1984. Т. 5, с. 196-198). Анализируя аномальное развитие, Выготский отмечал, что недоразвитие высших психических функций у аномальных детей возникает как добавочное, вторичное явление, надстраивающееся на основе первичных особенностей. А недоразвитие низших психических функций является прямым следствием дефекта. То есть недоразвитие высших психических функций автор рассматривает как вторичную надстройку над дефектом.

Анализ механизма формирования индивидуального сознания при нормальном и патологическом развитии, предложенный в концепции Л. С. Выготского о высших психических функциях, несомненно, имеет огромное теоретическое значение. Однако конкретизируя общие положения об определяющей роли социальных факторов в аномальном развитии. Безусловно, роль социальных факторов имеет несомненное значение в процессе социализации детей с нарушением анализаторов: зрения, слуха, движений. Однако при нарушении интеллектуальной деятельности необходим дифференцированный подход с обязательным учетом структуры, динамики дефекта, соотношения аффективных и интеллектуальных процессов.

В своих дальнейших исследованиях Л. С. Выготский проанализировал различные варианты дефекта, описал различные соотношения интеллекта и дефекта, низших и высших психических функций. Он выявил также закономерности их развития и возможность предупреждения вторичных нарушений как следствия первичных, связанных с болезнью органа.

Разработанная Л. С. Выготским теоретическая концепция аномального развития остается актуальной и сегодня и имеет огромное практическое значение.

Параллельно с исследованиями отечественных психологов в тот период успешно разрабатываются различные направления психологической коррекции: психодинамические, адлеровские, поведенческие и пр.

Причины нарушений в поведении и в эмоциональной жизни детей и подростков представители *психодинамического* направления связывают с наличием конфликта. Исходя из этого, психо-коррекционные и психотерапевтические методы должны быть направлены на устранение имеющегося конфликта. Главной задачей психоанализа как основного метода психодинамического направления является доведение до сознания ребенка или подростка конфликтной ситуации, связанной с неприемлемыми для него бессознательными влечениями. В работе З. Фрейда «История маленького Ганса» положено начало

использованию психоанализа в работе с детьми. Кроме метода свободных ассоциаций, который не всегда эффективен в психотерапевтической работе с детьми, особенно раннего дошкольного возраста, психоаналитиками были разработаны новые психокоррекционные методы игротерапии и арт-терапии, которые впоследствии, выйдя за рамки психодинамического направления, стали базовыми методами психологической коррекции. Общая направленность психологической коррекции в рамках психодинамического подхода – это помощь ребенку в выявлении неосознаваемых причин эмоциональных переживаний, в осознании и переоценке их. Психокоррекционные технологии, разработанные представителями психодинамического направления, включают в себя различные этапы, способы и методы психокоррекционных воздействий. Начав с выявления бессознательных побуждений, лежащих в основе эмоциональных нарушений у детей и подростков, психоаналитик в процессе коррекции акцентирует внимание ребенка на тех внутренних силах, которые помогут ему справиться с имеющимися проблемами. В результате этого происходит переоценка значимости проблемы, формируются новые системы эмоциональных установок у ребенка и наконец происходит ликвидация «очага возбуждения».

Среди методов в современной практике детского психоанализа успешно используются такие, как игротерапия (директивная и недирективная), арт-терапия, а также толкование сновидений и метод свободных ассоциаций для детей более старшего возраста. Следует подчеркнуть, что, несмотря на очевидные недостатки психоаналитических подходов к проблеме ребенка, методы, предложенные представителями данного направления, заслуживают особого внимания и широко используются в практической работе с детьми с проблемами в развитии.

Особую значимость для психологической коррекции детей с проблемами в развитии имеют *исследования А. Адлера*. Акцентируя внимание на позитивной природе человека, Адлер подчеркивал, что каждая личность в раннем детстве формирует уникальный стиль жизни, творит свою судьбу. Поведение человека мотивируется стремлением к достижению целей и социальным интересом. В своих работах Адлер отразил качественное своеобразие личности ребенка с физическим дефектом и его высокие компенсаторные возможности. Адлер писал: «Разные органы и функции человеческого организма развиваются неравномерно. Человек либо начинает беречь свой слабый орган, усиливая другие органы и функции, либо упорно пытается развить его. Иногда эти усилия настолько серьезны и продолжительны, что компенсирующий орган или сам слабейший орган становятся гораздо более сильными, чем в норме. Например, ребенок со слабым зрением может натренировать себя в искусстве рассматривания, ребенок, прикованный к постели из-за болезни легких, – развить разные способы дыхания. Мы часто можем видеть детей, которые преодолели эти трудности и в процессе их преодоления развили необыкновенно полезные возможности» (Adler, 1932, p. 15). В дальнейших своих исследованиях А. Адлер делает очень важный вывод о том, что представление о недостаточности у человека переходит из биологической плоскости в психологическую. «Неважно, – писал он, – есть ли в действительности какая-либо физическая недостаточность. Важно, что сам человек чувствует по этому поводу, есть ли у него ощущение, что ему чего-то не хватает. А такое ощущение у него скорее всего будет. Правда, это будет ощущение недостаточности не в чем-то конкретном, а во всем...» (Ibid., p. 82). Это высказывание Адлера является ключевым в теории компенсации дефекта и его коррекции. Однако, подчеркивая роль самовосприятия человеком своего дефекта в

дальнейшем его психическом развитии, Адлер пытается показать, что «ощущение недостаточности» у ребенка является определяющим фактором его дальнейшего психического развития. «Быть человеком – значит ощущать свою недостаточность» (Adler, 1932, p. 82). Адлер отмечал, что ощущение недостаточности является мощным импульсом в дальнейшем индивидуальном развитии человека. Теория компенсации дефекта, предложенная Адлером, имеет важное значение в психологии. Однако нельзя согласиться с Адлером, что не сам дефект является движущей силой развития личности. Как подчеркивал Л. С. Выготский, движущей силой развития ребенка является социальная оценка личностью своего дефекта, ее социальная позиция, отношение к своему дефекту. Цели психологической коррекции по Адлеру непосредственно вытекают из основных положений его концепции. Ими являются: снижение чувства неполноценности; развитие социального интереса; коррекция целей, мотивов с перспективой изменения смысла жизни. Психокоррекционные технологии, используемые Адлером, разнообразны и вполне согласуются с основными целями психокоррекции. Адлер уделяет специальное внимание установлению доверительных контактов между ребенком и психологом, установлению общих целей работы, использование поощрения. Им была разработана методика «Ранние воспоминания», анализ сновидений, где большое внимание уделяется детским снам, методика ценностных приоритетов, антисуггестия (парадоксальная интенция). В нашей практике мы использовали этот метод с аутичными детьми в процессе групповой психокоррекции. Суть его заключается в многократном повторении нежелательных поступков детей. Многократное повторение одного и того же действия обесценивает это действие для ребенка. Например, многие дети, страдающие аутизмом, в ситуации эмоционального дискомфорта начинают раскачиваться, прыгать, стереотипно встряхивать руками и пр. На наших занятиях мы предлагали детям выполнить эти действия, но в социально приемлемой форме. Например, дети рассаживались друг против друга и, взявшись за руки, под музыку раскачивались (игра «лодочка»). В результате таких упражнений число стереотипных действий у детей значительно уменьшалось. *Поведенческое направление* в психологической коррекции возникло в противовес психодинамическому. Его теоретической базой являются классические теории условных рефлексов И. П. Павлова, теория оперантного обусловливания Э. Торндайка и Б. Скиннера. По мнению представителей поведенческого направления, человек – продукт своей среды и одновременно ее творец, а поведение его формируется в процессе обучения. Проблемы у человека возникают в результате плохого обучения, и научить нормальному поведению ребенка можно посредством подкрепления и имитации. Основной целью психологической коррекции в рамках поведенческого подхода является выработка у ребенка нового адаптивного поведения или преодоление дезадаптивного поведения. Это достигается с помощью торможения и ликвидации старых форм поведения и обучение ребенка новым формам поведения с использованием приемов самоконтроля и саморегуляции. В процессе психологической коррекции, обучая ребенка новым формам поведения, психолог выступает в роли учителя, тренера, а ребенок в роли ученика. В рамках поведенческого направления разработано много оригинальных психокоррекционных технологий. Например, «способ негативного воздействия», когда ребенку предлагается сознательное воспроизведение нежелательных реакций. Так, подростку с заиканием рекомендовано специально заикаться 15–20 раз подряд, а подростку с навязчивыми движениями в течение 10–15 минут специально повторять эти движения. Одним из существенных недостатков психологической

коррекции в рамках поведенческого подхода является ориентация не на причины, а на специфику самого поведения. Однако использование этого направления психологической коррекции является весьма продуктивным при работе с детьми и подростками.

Эффективными при работе с детьми и подростками с проблемами в развитии являются психокоррекционные технологии, разработанные представителями *когнитивно-аналитического* направления в психологии. Теоретической и методологической основой данного направления являются работы Жана Пиаже, Л. С. Выготского. В процессе когнитивной психокоррекции основное внимание уделяется познавательным структурам психики ребенка, и упор делается на особенности его личности. Основная задача когнитивной психокоррекции – это создание модели психологической проблемы, которая была бы понята подростком, а также научение его новым способам мышления, изменение восприятия себя и окружающей действительности. В рамках этого подхода выделяются два направления: когнитивно-аналитическое и когнитивно-поведенческое. Процесс психокоррекции проходит в несколько этапов.

Диагностический этап включает в себя знакомство психолога с проблемами подростка с помощью клинико-биографического анализа и совместное с подростком формулирование его проблем. После тщательного анализа психолог составляет список проблем подростка и излагает ему их в устной или письменной форме. Мы используем также результаты психологического обследования с помощью различных методик (Кеттелл, Розенцвейг и пр.) и предлагаем подростку совместно с психологом рассмотреть профиль его личности. После совместного анализа уточняются причины проблем у подростка. После этого психолог уточняет и обсуждает с подростком план психологической коррекции. Этот этап может длиться от 3 до 7 встреч с подростком.

В процессе коррекционного этапа психолог обучает подростка распознавать неадаптивные способы своего поведения с помощью самонаблюдения, ведения дневников. Обсуждая с психологом результаты своих наблюдений, подросток начинает постепенно понимать причины своих неадаптивных реакций и заменять их более эффективными формами поведения в повседневной жизни. В ходе бесед психолог оказывает эмоциональную помощь и поддержку подростку. Позиция психолога в процессе когнитивной психокоррекции достаточно директивна, так как он выступает в роли наставника, учителя. Однако психолог не должен прямо указывать подростку, что его убеждения иррациональны или поведение неправильно, и что вести себя надо именно так, как считает психолог. Таким образом, целью когнитивной психокоррекции является обучение подростка умению самостоятельно решать, модифицировать или сохранять свои убеждения, предварительно осознав их эмоциональные и поведенческие последствия.

На оценочном этапе психолог совместно с подростком обсуждают новые формы поведения, прорабатывают его более сложные элементы.

В основе когнитивного подхода к психологической коррекции лежит предположение, что все жизненные проблемы у человека возникают из-за ошибочных убеждений. В связи с этим психокоррекционные технологии в рамках этого подхода направлены на понимание подростком своих проблем и изменение своего поведения на основе рациональных предпосылок.

Особое значение в психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии и родителей имеет *клиент-центрированный подход*, разработанный К. Роджерсом.

В этом подходе акцентируется позитивная природа человека, а именно, свойственное ему врожденное стремление к самореализации. По мнению Роджерса, проблемы у человека возникают при вытеснении некоторых чувств из поля сознания и искажении оценки собственного опыта. Основу психического здоровья по К. Роджерсу составляет гармоничная структура Я-концепции, соответствие идеального Я реальному Я, а также стремление личности к самопознанию и самореализации. «Я-реальное» – это система представлений человека о самом себе, которая формируется на основе опыта, общения человека с другими людьми, а «Я-идеальное» – это представление о себе как об идеале, о таком, каким бы человеку хотелось стать в результате реализации своих возможностей. Степень различия между «Я-реальным» и «Я-идеальным» определяет степень дискомфорта личности и личностный рост. Если степень различия не велика, то она выступает двигателем личностного роста. Если человек принимает себя таким, каким он является в действительности, то это является признаком его душевного здоровья. Тревога и нарушение психологической адаптации личности, с одной стороны, могут быть результатом несоответствия между реальным Я и жизненным опытом и, с другой стороны, между реальным Я и тем идеальным образом, который сложился у человека о себе самом. К. Роджерс считал, что человек обладает тенденцией к самоактуализации, которая способствует здоровью и личностному росту. В процессе психокоррекционных воздействий перед психологом стоит задача устранения эмоциональных блоков или препятствий на пути самореализации и самоактуализации. Цель психологической коррекции – выработка у клиента большего самоуважения, способствующего его личностному росту.

Главной профессиональной обязанностью психолога является создание соответствующего психологического климата, в котором клиент мог бы отказаться от защитных механизмов. Это достигается при соблюдении следующих условий:

– Конгруэнтность (от лат. *congruens* – совпадающий) в отношениях с клиентом. Это означает необходимость правильного осознания психологом своего собственного опыта. Если психолог переживает тревогу или дискомфорт и не осознает этого, то он не будет конгруэнтным со своим клиентом и коррекция будет не полноценной. Роджерс подчеркивал, что при непосредственном общении с клиентом психолог должен быть самим собой, со всеми присущими ему переживаниями данного момента, но правильно осознанными и интегрированными.

– Положительная оценка клиента – это безусловное принятие и уважение клиента, когда он чувствует себя как самостоятельная, значительная личность, может говорить, что хочет, не опасаясь осуждения.

– Эмпатическое восприятие клиента, когда психолог старается увидеть мир глазами клиента, ощутить боль или удовольствие так, как чувствует это клиент.

Следует подчеркнуть, что основной акцент психокоррекционных воздействий по Роджерсу должен быть направлен на эмоциональные компоненты личности, а не на интеллектуальные (суждения, оценки). Кроме того, следует уделять особое внимание инициативе и самостоятельности клиента. Клиент стремится к саморазвитию, сам определяет те изменения, которые ему необходимы, и сам их осуществляет.

Психокоррекционные технологии по Роджерсу должны быть направлены на установление конгруэнтности с клиентом, вербализацию и отражение эмоций. Концепция К. Роджерса нашла широкое применение в работе с подростками с нарушениями в

поведении и с родителями детей-инвалидов (см. ниже).

Кроме уже перечисленных направлений психологической коррекции существует множество других. Это рационально-эмоциональное направление Эллиса, экзистенциальное направление, телесноориентированное направление Райха, биоэнергетический подход Лоуэна и др. Каждое из них заслуживает определенного внимания психологов. Все теоретические модели психологической коррекции создавались как рабочие модели, на основе которых разрабатывались соответствующие психокоррекционные технологии. Чтобы их успешно использовать, необходимо глубоко разбираться в механизмах психической деятельности человека. Перед психологом-практиком стоит важная задача – это практическое освоение различных теоретических направлений психологической коррекции. Бесконечное многообразие личностей и индивидуальных стилей жизни у каждого человека указывает на то, что нет единственно правильного, универсального метода психокоррекционного воздействия. Следует помнить, что недифференцированное использование психокоррекционных технологий может оказывать разрушительное влияние на личность. Любой метод – это всего лишь инструмент, умелое использование которого зависит от профессиональных знаний психолога, а также от его морального и личностного потенциала.

*Четвертый этап* развития теории и практики психологической коррекции в нашей стране связан с интенсивным формированием практической психологии, который начался со второй половины 60-х годов. В тот период начали широко разрабатываться и внедряться в практику программы психологической помощи детям с детским церебральным параличом. (Абрамович-Лехтман, 1962; Ипполитова, 1967; Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Мастюкова, 1973; Симонова, 1981; Мамайчук, 1976 и др.). В начале 80-х годов проводились оригинальные исследования московских психологов по проблемам психологической коррекции детей, страдающих ранним детским аутизмом (Никольская, 1980; Лебединский, 1985; Лебединская с соавторами, 1988 и другие). Внедряются в практику комплексные коррекционные программы по ней-ропсихологической коррекции (Ю. В. Микадзе, Н. К. Корсакова, 1994; Н. М. Пылаева, Т. В. Ахутина, 1997), программы по формированию пространственных представлений у детей (Н. Я. Семаго, М. М. Семаго, 2000), коррекционные психолого-педагогические программы для образовательных учреждений. Появилось значительное число работ по проблемам психологической коррекции детей и подростков с эмоциональными нарушениями (А. И. Захаров, 1982; А. С. Спиваковская, 1988; В. В. Гарбузов, 1990), а также вопросам семейной психологической коррекции (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1992 и др.).

В настоящее время успешно развиваются теоретические и методологические аспекты психологической коррекции детей с проблемами в развитии (Бурменская, Карабанова, Лидере, 1990; Шевченко, 1995; Мамайчук, 1997; Осипова, 2000 и др.).

## Глава 2.

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

В переводе с латинского языка слово «коррекция» (лат. – *correctio*) означает поправку, частичное исправление или изменение. Термин «коррекция психического развития» впервые использовался в дефектологии как один из вариантов психолого-педагогической помощи детям с проблемами в развитии. Он означал совокупность педагогических воздействий, направленных на исправление, компенсацию недостатков, отклонений в психическом и физическом развитии ребенка.

По мере развития практической психологии понятие «коррекция» стало все шире использоваться в возрастной психологии и психологической помощи не только детям с проблемами в развитии, но и с нормальным психическим развитием. Расширение сферы использования психологической коррекции в работе со здоровыми детьми обусловлено следующими причинами:

1. Активным внедрением в систему обучения новых образовательных программ, успешное усвоение которых требует максимального развития творческого и интеллектуального потенциала ребенка.

2. Гуманизацией процесса образования, которая невозможна без дифференцированного подхода к обучению ребенка и требует учета индивидуально-психологических особенностей каждого учащегося и, в соответствии с этим, разнообразных способов психолого-педагогической коррекции.

В связи с этим произошли принципиальные изменения характера задач и направлений коррекционных воздействий – от исправления дефектов при нарушенном развитии до создания оптимальных возможностей и условий для психического развития здорового ребенка.

В настоящее время психологическая коррекция широко используется в системе психологической помощи детям и подросткам. Несмотря на широкий спектр применения понятия психологической коррекции, существуют разногласия относительно его использования. Например, некоторые авторы рассматривают психологическую коррекцию как способ профилактики нервно-психических нарушений у детей (А. С. Спиваковская, 1988). Другие понимают ее как метод психологического воздействия, направленный на создание оптимальных возможностей и условий развития личностного и интеллектуального потенциала ребенка (Г. В. Бурменская, О. А. Карабанова, А. Г. Лидере, 1990), или как совокупность приемов, используемых психологом для исправления психики или поведения психически здорового человека (Р. С. Немов, 1993).

В патопсихологии и в специальной психологии коррекция рассматривается как один из способов психологического воздействия, направленный на исправление отклонений в психическом развитии ребенка.

Нередко понятие психологическая коррекция подменяется понятием психотерапия. Психотерапия (от греч. *psyche* – душа и *therapeia* – уход) – это система специально



организованных методов лечебного воздействия. Психокоррекция, как явствует из данного термина, направлена на коррекцию, т. е. на исправление тех или иных расстройств. Однако различия в определениях понятий психокоррекция и психотерапия возникло не в связи со спецификой их воздействия на личность, а с укоренившимся в нашей стране мнением, что психотерапией могут заниматься только специалисты, имеющие медицинское образование, а психокоррекцией – психологи. Следует подчеркнуть, что термин психотерапия является международным и во многих странах мира однозначно используется по отношению к методам работы, осуществляемым специалистом-психологом.

И психокоррекцию, и психотерапию мы можем рассматривать как способ психологического воздействия. Ряд авторов видят отличие между психотерапией и психокоррекцией в сферах их применения. Если психотерапия в основном применяется в клинике неврозов и психосоматических заболеваний, то психокоррекция широко используется в психиатрической клинике (В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков, 1991). Другие авторы подчеркивают широкую сферу применения психокоррекции как при решении собственно лечебных психотерапевтических задач, так и с целью гигиены и профилактики (Р. А. Защепицкий, 1983; Г. Л. Исурина, 1983). «Чем большее значение имеют психологические и социально-психологические факторы в развитии того или иного вида нарушений, – пишет Г. Л. Исурина, – тем больший удельный вес приобретают методы психологической коррекции» (с. 250).

А. А. Осипова выделяет специфические черты психологической коррекции: ориентация на клинически здоровых людей; ориентация на здоровые стороны личности, ориентация на среднесрочную помощь, направленность на изменение поведения и развития личности. Нельзя согласиться с автором в том, что объектом психологической коррекции в отличие от психотерапии могут быть только клинически здоровые лица. По нашему мнению, в психокоррекционном процессе могут участвовать как здоровые, так и больные. Основная цель психокоррекции здоровых детей (т. е. неотягощенных биологическими факторами отклонений в развитии) – способствовать полноценному психическому и личностному развитию.

Коррекцией аномального развития занимаются медицинские психологи, пато- и нейропсихологи. Каждая форма аномального развития имеет свою специфику целей, задач и методов коррекции. Например, при психических заболеваниях у детей (синдром раннего детского аутизма, шизофрении и др.) психологическая коррекция направлена на эмоциональную стимуляцию ребенка, на развитие его коммуникативных функций, формирование социальной активации. При соматических заболеваниях у детей основной задачей является коррекция самооценки, выработка более адекватных и гибких реакций на заболевание, совершенствование личностного контроля, восстановление у ребенка коммуникативных навыков. У детей с задержкой психического развития, в зависимости от формы задержки, коррекционная работа направлена на стимуляцию их познавательной активности, развитие ориентировочной основы деятельности, контроля, оптимизацию мнестических и интеллектуальных функций.

В процессе психологической коррекции аномального развития необходимо учитывать сложную структуру особенностей развития ребенка, характер сочетания в картине его состояния таких факторов, как социальная ситуация развития, выраженность изменений личности, связанных с заболеванием.

Принимая во внимание вышеизложенное, психологическую коррекцию можно рассматривать в широком и узком смысле этого понятия. В *широком смысле* мы понимаем психологическую коррекцию как комплекс клинико-психолого-педагогических воздействий, направленных на выявление и ликвидацию имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств. В *узком смысле* психологическая коррекция рассматривается как метод психологического воздействия для оптимизации развития психических процессов и функций и гармонизации развития личностных свойств.

В зависимости от характера диагностики и направленности коррекции Д. Б. Эльконин предлагал различать две формы коррекции: симптоматическую, направленную на симптомы отклонений в развитии, и коррекцию, устраняющую источник и причины отклонений в развитии. Симптоматическая коррекция, безусловно, имеет существенные недостатки, так как одни и те же симптомы у детей могут быть вызваны различными причинами и, вследствие этого, по-разному отражаться на динамике психического развития ребенка. Например, для ребенка, страдающего энурезом (недержание мочи), могут быть полезны специальные релаксирующие упражнения, направленные на устранение этого дефекта. Тем не менее, особенно в экстремальных ситуациях, эти явления у ребенка могут повторяться, несмотря на успешность психокоррекции в целом. Такой способ психологической коррекции не является достаточным, если мы не знаем истинную причину возникновения энуреза. Она может быть обусловлена как психогенными (например, испуг ребенка), так и биологическими факторами (аномалия тазовых органов).

Таким образом, психологическая коррекция должна быть глубже сконцентрирована не на внешних проявлениях отклонений в развитии, а на действительных источниках, порождающих эти отклонения.

В практике психокоррекционной работы с детьми с проблемами в развитии выделяются несколько моделей причин нарушения развития.

*Биологическая модель* – объясняет причину нарушения в развитии снижением темпа созревания структур мозга.

*Медицинская модель* – объясняет причины нарушения в развитии ребенка с точки зрения логики заболевания (этиология, патогенез, клинические проявления).

*Интеракционная модель* – связывает причины отклонений в развитии детей и подростков с нарушением взаимодействий между личностью и средой. Например, ранняя сенсорная и социальная депривация, по мнению представителей данного направления, может привести к необратимым нарушениям в психическом развитии ребенка.

*Педагогическая модель* – рассматривает причины отклонений в психическом развитии ребенка в явлениях социальной и педагогической запущенности.

*Деятельностная модель* – рассматривает причины неблагополучия ребенка в связи с несформированностью ведущего вида деятельности.

## **ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от анализа психологической структуры дефекта и его причины. Сложность и своеобразие аномального развития ребенка требуют тщательного методологического подхода к его анализу и психокоррекционным воздействиям. Разработка принципов как

основополагающих, отправных идей, является чрезвычайно важным в теории и практике психологической коррекции. Принципы как основополагающие идеи психологической коррекции базируются на следующих фундаментальных положениях психологии:

- Личность – это целостная психологическая структура, которая формируется в процессе жизни человека на основе усвоения им общественных форм сознания и поведения (Б. Г. Ананьев, Л. И. Божович, Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, В. В. Давыдов, А. В. Запорожец, Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, Д. Б. Эльконин).

- Психическое развитие и формирование личности ребенка возможны только в процессе общения со взрослыми (Лисина, Ломов и др.).

- Важную роль в психическом развитии ребенка играет формирование ведущего вида деятельности (в дошкольном детстве – игра, в младшем школьном детстве – учебная деятельность) (Д. Б. Эльконин и др.).

- Развитие аномального ребенка происходит по тем же законам, что и развитие нормального ребенка. При наличии определенных, строго продуманных условий все дети обладают способностью к развитию (Л. С. Выготский, М. Монтессори).

Важным принципом психологической коррекции аномального развития является *принцип комплексности* психологической коррекции, которую можно рассматривать как единый комплекс клинико-психолого-педагогических воздействий. Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит от учета клинических и педагогических факторов в развитии ребенка. Например, коммуникативные тренинги, которые проводит психолог в клинике с целью оптимизации процесса общения детей, не будут действенны, если он не учитывает клинические факторы и ту социальную среду (медперсонал клиники, педагоги, родители), в которой дети находятся.

Второй принцип психологической коррекции – это *принцип единства* диагностики и коррекции. Прежде чем решать, нужна ли психологическая коррекция ребенку, необходимо выявить особенности его психического развития, уровень сформированности определенных психологических новообразований, соответствие уровня развития умений, знаний, навыков, личностных и межличностных связей возрастным периодам. Задачи коррекционной работы могут быть правильно поставлены только на основе полной психологической диагностики как зоны актуального, так и ближайшего развития ребенка. Л. С. Выготский подчеркивал, что «...в диагностике развития задача исследователя заключается не только в установке известных симптомов и их перечислении или систематизации и не только в группировке явлений по внешним, сходным чертам, но исключительно в том, чтобы с помощью мыслительной обработки этих внешних данных проникнуть во внутреннюю сущность процессов развития» (Выготский Л. С, 1983, с. 302–303).

Д. Б. Эльконин отмечал, что психологическая диагностика должна быть направлена не на отбор детей, а на контроль за ходом их психического развития с целью коррекции обнаруживаемых отклонений. Он подчеркивал, что контроль за процессом развития должен быть особенно тщательным, чтобы исправление возможных отклонений в развитии начиналось как можно раньше.

Схема и подбор диагностических и психокоррекционных методов должны соответствовать нозологии заболевания ребенка, особенностям его возрастных характеристик, спецификой ведущей деятельности, характерной для каждого возрастного

периода. Психологическая диагностика и коррекция являются взаимодополняющими процессами. В самой процедуре психологической коррекции заложен огромный диагностический потенциал. Например, ни при каком психологическом тестировании так не раскрываются коммуникативные способности личности, как в процессе групповых психокоррекционных занятий. В ходе игровой психокоррекции с наибольшей глубиной отражаются психогенные переживания ребенка. В то же время, психологическая диагностика содержит в себе коррекционные возможности, особенно при использовании обучающего эксперимента.

Третий принцип психологической коррекции – *принцип личностного подхода*. Личностный подход – это подход к ребенку как целостной личности с учетом всей ее сложности и всех ее индивидуальных особенностей. В процессе психологической коррекции мы рассматриваем не какую-то отдельную функцию или изолированное психическое явление у человека, а личность в целом. К сожалению, этого принципа не всегда придерживаются в процессе групповых тренингов, психорегулирующих тренировок. При использовании разнообразных приемов психокоррекционных воздействий психолог не должен оперировать такими понятиями, как обобщенная норма (возрастная, половая, нозологическая). В процессе психологической коррекции мы ориентируемся не на один какой-то параметр, а, как справедливо подчеркивает А. С. Спиваковская, «...на создание условий для развития тех или иных психологических качеств каждого участника психокоррекции» (Спиваковская А. С., 1988, с. 54).

Четвертый принцип – *принцип деятельностного подхода*. Личность проявляется и формируется в процессе деятельности. Соблюдение этого принципа является чрезвычайно важным в процессе психологической коррекции детей и подростков. Психокоррекционная работа должна строиться не как простая тренировка умений и навыков ребенка, не как отдельные упражнения по совершенствованию психической деятельности, а как целостная, осмысленная деятельность ребенка, органически вписывающаяся в систему его повседневных жизненных отношений. Психокоррекционный процесс должен проводиться с учетом основного ведущего вида деятельности ребенка: если это дошкольник – в контексте игровой деятельности, если школьник – в учебной деятельности. Однако, исходя из специфики и задач психокоррекционного процесса, мы должны ориентироваться не только на ведущий тип деятельности ребенка, а также на тот вид деятельности, который является личностно значимым для ребенка и подростка. Это особенно важно при коррекции эмоциональных нарушений у детей. Эффективность коррекционного процесса у детей в значительной степени зависит от использования продуктивных видов деятельности ребенка, например рисования, конструирования, танцев, драматизации и других.

Пятый принцип – это *иерархический принцип психологической коррекции*, базирующийся на положениях Л. С. Выготского, который считал, что в качестве основного содержания коррекционной работы необходимо создание зоны ближайшего развития личности и деятельности ребенка. Поэтому психологическая коррекция должна строиться как целенаправленное формирование психологических новообразований, составляющих сущностную характеристику возраста. Упражнение и тренировка уже имеющихся у ребенка психологических способностей не делает коррекционную работу эффективной, так как обучение в этом случае лишь следует за развитием, совершенствуя способности в чисто количественном направлении, не поднимая их на более перспективный качественный

уровень. Например, коррекция умственного развития ребенка по мнению представителей ассоциативной психологии должна протекать в форме специальных упражнений для развития сенсомоторных способностей у ребенка (М. Монтессори). В центр коррекции помещается наличный уровень психического развития ребенка, понимаемый как чисто количественный процесс усложнения сенсомоторных функций. Коррекция с ориентацией на зону ближайшего развития ребенка требует максимальной активности ребенка, и носит опережающий характер. Так, для коррекции мнемических функций у ребенка необходимо развивать мыслительные операции: анализ, синтез, обобщение. Обучение ребенка использованию мыслительных операций в процессе запоминания материала повысит эффективность запоминания лучше, чем просто тренировка памяти.

Шестой принцип – *каузальный принцип* психологической коррекции, реализация которого направлена на устранение причин и источников отклонений в психическом развитии ребенка. Сложная иерархия отношений между симптомами и их причинами, структура дефекта определяют задачи и цели психологической коррекции. Например, первопричиной эмоциональных и поведенческих нарушений у детей могут быть как социальные факторы, так и биологические или их сочетание. Первопричина определяет стратегию психокоррекции. Если причиной эмоционального неблагополучия ребенка являются семейные конфликты, то психокоррекционный процесс должен быть направлен на нормализацию семейных отношений. Если причиной эмоциональных нарушений являются резидуально-органическая недостаточность центральной нервной системы, то главным звеном психологической коррекции должно быть снижение эмоционального дискомфорта ребенка специальными методами психорегулирующих тренировок на фоне медикаментозной терапии.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

В зависимости от формы организации коррекционной работы выделяются два ее основных вида: индивидуальная и групповая психокоррекция. В процессе индивидуальной психокоррекции происходит непосредственное воздействие на конкретного ребенка со стороны психолога, использующего для этого различные методы работы. При групповой психокоррекции работа ведется с группой детей, как правило близких по возрасту и имеющих схожие проблемы. В этом случае воздействие на конкретного индивида осуществляется путем организации специального процесса взаимодействия участников группы, в результате которого и достигаются цели психокоррекции.

В зависимости от коррекционных задач можно выделить следующие виды психокоррекции: игровая психокоррекция, семейная психокоррекция, нейропсихологическая коррекция, коррекция личностного роста и др.

По характеру направленности психокоррекционных воздействий можно выделить два вида: симптоматическую и каузальную, а по способу коррекционных воздействий выделяются директивные и недирективные виды коррекции.

Ряд авторов предлагают разделить психологическую коррекцию на три формы организации: общую, частную и специальную психокоррекции. Под общей психологической коррекцией подразумеваются мероприятия общепедагогического порядка, нормализующие социальную среду ребенка. В нее входит регуляция психофизических и эмоциональных

нагрузок ребенка в соответствии с его возрастом и индивидуальными особенностями. Задачи общей психокоррекции сливаются с задачами психогигиены, психопрофилактики, педагогической этики и деонтологии. Они решаются в процессе организации учебно-воспитательных мероприятий.

Частная психокоррекция – это набор психолого-педагогических воздействий. То есть это специально разработанные системы психокоррекционных мероприятий, таких как семейная психокоррекция, музыкотерапия, психогимнастика и пр. Специальная психокоррекция – «это комплекс приемов, методик и организационных форм работы с ребенком или группой детей одного возраста, являющийся наиболее эффективным для достижения конкретных задач формирования личности...» (Шевченко Ю., 1995, с. 11). Основная цель специальной психокоррекции – исправление последствий неправильного воспитания.

Таким образом, психологическая коррекция рассматривается как метод психологического воздействия, реализующийся с помощью общих, частных и специальных процедур. Такое деление весьма условно и не отвечает основному назначению психологической коррекции как процессу психологического воздействия, направленного на исправление у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств. В процессе психологической коррекции психолог может использовать общие, частные и специальные методы.

Выделяя виды психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии, можно ориентироваться на форму дизонтогенеза, в связи с этим можно выделить следующие виды:

- психокоррекция при психическом недоразвитии,
- психокоррекция задержанного психического развития,
- психокоррекция при поврежденном психическом развитии,
- психокоррекция при дефицитарном развитии ребенка,
- психокоррекция при искаженном психическом развитии,
- психокоррекция при дисгармоничном психическом развитии. Следует заметить,

что такая классификация деления является формальной, так как один вариант дизонтогенеза в чистом виде можно встретить чрезвычайно редко. Например, искаженное развитие может сочетаться с психическим недоразвитием или с задержанным развитием, а дисгармоничное психическое развитие часто протекает на фоне задержки психического развития. Кроме того, при задержанном психическом развитии, в зависимости от его формы, используются различные по содержанию психокоррекционные методы. Поэтому целесообразно классифицировать психокоррекционный процесс по сферам его применения в конкретных нозологических группах больных.

В практике психологической помощи детям и подросткам с проблемами в развитии целесообразно различать следующие блоки психологической коррекции:

1. Коррекция эмоционального развития ребенка.
2. Коррекция сенсорно-перцептивной и интеллектуальной деятельности.
3. Психологическая коррекция поведения детей и подростков.
4. Коррекция развития личности.

Данный способ классификации видов психологической коррекции отражает ее

содержательно-психологическую направленность при всех вариантах нарушения психического и физического развития детей. Внутри каждого блока следует различать формы организации и методы психокоррекционных воздействий, основные психокоррекционные технологии.

### **ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

Постановка целей и задач психокоррекционных воздействий непосредственно связана с теоретической моделью психического развития и ею определяется.

Теоретические модели психокоррекционных воздействий весьма разнообразны. Условно существуют две группы: отечественная и зарубежная.

В отечественной психологии цели психокоррекционной работы с детьми и подростками с проблемами в развитии определяются пониманием закономерностей психического развития ребенка как активного деятельностного процесса, реализуемого в сотрудничестве со взрослым. В свою очередь здесь определены направления в области постановки психокоррекционных целей:

1. Оптимизация социальной ситуации развития ребенка и подростка.
2. Развитие различных видов деятельности ребенка.
3. Формирование возрастно-психологических новообразований.

В зарубежной психологии причины трудностей в развитии ребенка усматриваются либо в нарушении внутренних структур личности (З. Фрейд, М. Клайн и др.), либо в искаженной или де-фицитарной среде. В зависимости от этого формируются задачи психокоррекции. В первом случае (психодинамическое направление) – это восстановление целостности личности и баланса психодинамических сил, во втором (поведенческом направлении) – это модификация поведения ребенка за счет изменения среды и обучения его новым формам поведения.

Несмотря на многочисленную критику, эти направления заслуживают на наш взгляд особого внимания. В центре *психодинамического подхода* стоят вопросы, связанные с динамическими аспектами психики: мотивацией, влечением, побуждением, внутренними конфликтами, существование и развитие которых обеспечивает функционирование и развитие личностного «Я». Целью психологической коррекции в рамках этого направления является помощь ребенку или подростку в выяснении неосознаваемых причин болезненных проявлений и переживаний. Поставленные цели определяют технику психокоррекционных воздействий. Однако в раннем возрасте этот метод использовать невозможно. В связи с этим в рамках психодинамического подхода было предложено два основных метода: игротерапия и арт-терапия, которые в дальнейшем стали развиваться как самостоятельные методы, выйдя за пределы психодинамического подхода. В настоящее время они широко используются в психокоррекции детей с эмоциональными нарушениями. С другой стороны, представители психодинамического подхода обратили внимание на активную роль родителей в работе с детьми в ходе психокоррекционного процесса. Сотрудничество родителей с психологом является важным условием эффективности психокоррекционной работы.

Особый интерес в психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии представляет *концепция А. Адлера*, где личность рассматривается как неделимое целое, являющееся интегральной частью социума. Анализируя позитивную природу человека, А. Адлер подчеркивал, что каждый человек в раннем детстве формирует уникальный стиль жизни, творит свою судьбу. Поведение человека мотивировано достижением социальной

цели и социальным интересом. Разбирая роль комплекса неполноценности у человека, А. Адлер полагал, что неполноценность, ее компенсация и социальная среда – это три переменные, которые имеют важнейшее значение в формировании жизненных целей. Он считал, что в целом поведение человека не претерпевает особых изменений на протяжении его жизни, изменяется только система отношений, а отсюда одна из основных задач психологической коррекции – коррекция этих отношений. Конкретизируя цель психокоррекции в концепции А. Адлера, можно выделить следующие задачи: коррекция чувства неполноценности; формирование социального интереса; коррекция устремлений и мотивов с перспективой выработки нового стиля жизни. Это достигается такими психотехническими приемами, как формирование у клиента положительных установок на занятие, анализ и проработка личностной позиции, подбадривание, поощрение. Обоюдное доверие и установление общих целей – первостепенные условия психокоррекционной работы.

*Роджерсовское направление* психокоррекции акцентирует внимание на позитивной природе человека и свойственном ему врожденном стремлении к самореализации. Основу психического здоровья, по мнению Роджерса, определяет соответствие идеального «Я» реальному «Я», достигаемое реализацией личностного потенциала и стремлением к самоосознанию, уверенности в себе, спонтанности. В связи с этим результат коррекции заключается в приобретении самоуважения, адекватной самооценки, в создании условий для личностного роста. Роджерс особо подчеркивал значение искренности, теплоты, эмпатии при общении психолога с клиентом.

Целью психологической коррекции в рамках *поведенческого направления* является приобретение ребенком новых установок, направленных на формирование адаптивных форм поведения, или угасание, торможение у него дезадаптивных форм поведения. Это достигается с помощью различных поведенческих тренингов, психорегулирующих тренировок. В процессе психологической коррекции поведенческого направления психолог выполняет активную и директивную роль, он является учителем, тренером, стремится помочь ребенку следовать эффективному поведению. В рамках этого подхода разработан ряд методик моделирования поведения, с помощью которых решаются следующие задачи:

- построение новых стереотипов поведения;
- подавление имеющихся неадаптивных стереотипов;
- осознание условий для проявления новых стереотипов поведения.

Особого внимания заслуживает *когнитивное направление*, особенно в психокоррекции подростков с проблемами в поведении. В когнитивной психокоррекции в первую очередь уделяется внимание познавательным структурам психики и упор делается на личность, на структуру личности и в целом на логические способности.

Главной задачей психокоррекции является изменение восприятия подростком себя и окружающей действительности на основе изменения поведения. В когнитивном подходе выделяются два варианта психокоррекции: когнитивно-аналитический и когнитивно-поведенческий. Основной задачей первого варианта является создание модели психологической проблемы, которая должна быть понятна подростку и с которой он мог бы работать самостоятельно. Когнитивно-поведенческий вариант предполагает создание модели поведения, являющейся наиболее приемлемой для решения стоящих перед подростком проблем, другими словами, предлагается проверка искаженных убеждений в ситуации



реальной жизни. В рамках когнитивного подхода создано много психотехнических приемов, которые могут быть успешно использованы в психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии.

Итак, различные теоретические подходы к проблеме психокоррекции способствуют развитию разнообразных психокоррекционных технологий. Следует подчеркнуть, что при разработке психокоррекционных технологий для детей и подростков с проблемами в развитии рекомендуется ориентироваться не на отдельное теоретическое направление, а использовать разнообразные способы психологических воздействий, базирующихся на многочисленных теоретических направлениях. Разработка отдельных психокоррекционных технологий зависит от конкретных психокоррекционных задач, которые определяются степенью выраженности проблем у ребенка и его родителей.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ ПРОБЛЕМНОГО РАЗВИТИЯ**

Онтогенетический подход к изучению психических расстройств в детском возрасте продуктивно использовался и используется многими известными отечественными и зарубежными клиницистами (Озерский, 1924; Гуревич, 1932; Сухарева, 1959; Ушаков, 1973; Бадалян, 1983; Ковалев, 1985; и др.).

В биологической и медицинской литературе широко применяются такие понятия, как онтогенез и дизонтогенез. В общебиологическом плане онтогенез рассматривается как индивидуальное развитие растительного и животного организма от момента зарождения до конца жизни. Различают пренатальный (до рождения) и постнатальный (после рождения) онтогенез.

Как отмечает В. В. Ковалев, важнейшей составной частью постнатального онтогенеза является психический онтогенез, т. е. психическое развитие индивида (Ковалев, 1985). Наиболее интенсивный психический онтогенез приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются отдельные психические функции и личность в целом.

Большие возможности для анализа возрастных закономерностей патогенеза и клиники психических заболеваний у детей и подростков дает теория периодизации или этапности индивидуального развития, разработанная отечественными физиологами.

Исследования в области возрастной физиологии показывают, что в онтогенезе сменяются качественно различные этапы (или уровни) функционирования и реагирования головного мозга, причем новые формы реагирования не вытесняют старые, а преобразуют и подчиняют их (Ушаков, 1973; Ковалев, 1985). Опираясь на биогенетическую теорию этапности, авторы выделяют четыре основные стадии индивидуального развития:

- первая стадия – моторный этап, охватывает первый год жизни ребенка, когда происходит созревание моторики, ее совершенствование и дифференциация;
- вторая стадия – сенсомоторный, длящийся от одного года до трех лет и являющийся основой для развития первичных целенаправленных движений и активных форм общения;
- третья стадия – аффективный, длящийся от 3 до 12 лет;
- четвертая стадия – идеаторный, предполагает развитие понятий, суждений и умозаключений.

Психическое развитие ребенка и подростка протекает неравномерно.

Резкие количественные и качественные изменения наблюдаются в переходные возрастные периоды, или периоды возрастных кризисов. В клинике эти периоды обозначаются в возрасте 2–4 года, 6–8 лет и пубертатном возрасте 12–18 лет. В эти кризисные периоды в связи с нарушением относительного физиологического и психологического равновесия особенно часто возникают и выявляются различные нарушения психического развития – психический дизонтогенез (Ковалев, 1985).

Термин «дизонтогенез» впервые был использован Швальбе в 1927 году для обозначения отклонений во внутриутробном развитии организма (по: Лебединский, 1985). В. В. Ковалев вводит понятие «психический дизонтогенез», обозначая нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства и созревания структур и функций головного мозга.

Психический дизонтогенез может быть обусловлен биологическими (генетическими, экзогенно-органическими и др.) патогенными факторами, неблагоприятными социально-психологическими средовыми воздействиями, а также разнообразными сочетаниями биологических и социальных факторов.

В работах психиатров выделяются два основных типа психического дизонтогенеза – ретардация и асинхрония (Ушаков, 1973; Ковалев, 1985).

Под ретардацией авторы понимают запаздывание или приостановку психического развития. Различают общую (тотальную) и частичную (парциальную) психическую ретардацию. При частичной ретардации наблюдается приостановка или запаздывание в развитии отдельных психических функций. Нейрофизиологической основой парциальной ретардации является нарушение темпов и сроков созревания отдельных функциональных систем.

Характерным признаком асинхронии является выраженное опережение в развитии одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительное отставание темпов и сроков созревания других функций и свойств. Это становится основой дисгармоничного развития психики в целом. Следует отличать асинхронию от физиологической гетерохронии, т. е. разновременности созревания церебральных структур и функций, что наблюдается при нормальном психическом развитии (Ананьев, 1968; Анохин, 1975; Рыбалко, 1990 и др.).

Г. К. Ушаков (1973) рассматривает несколько вариантов проявления асинхронии, приводящей к психическому дизонтогенезу. К ним автор относит ретардацию как отставание в развитии одной или нескольких функциональных систем. Например, у ребенка, страдающего умственной отсталостью, навыки ходьбы, речи, мелкой моторики формируются значительно позже, чем у здорового ребенка. К асинхронии автор относит также акселерацию, когда одна или несколько функциональных систем развиваются с выраженным опережением.

Кроме того, автор выделяет третий вариант – это сложная асинхрония, когда ретардация одних функций способствует акселерации других. Как в онтогенезе, так и в дизонтогенезе асинхрония развития психических функций наиболее полно проявляется в периоды возрастных кризисов, когда начинается интенсивное формирование новых качеств психики индивида.

В. В. Ковалев кроме ретардации и асинхронии как основных типов психического

дизонтогенеза выделяет еще третий тип, «связанный с механизмом высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования» (Ковалев, 1985, с. 9). В основе этого типа дизонтогенеза лежит, по мнению автора, «преходящая физиологическая незрелость, а также временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования» (Там же, с. 9-10). Под влиянием неблагоприятных условий среды (как биологических, так и социальных) может происходить задержка дальнейшего созревания «уже незрелых» структур и функций мозга.

Это проявляется у ребенка в более ранних, примитивных формах нервно-психического реагирования.

В исследованиях психологов и физиологов показано, что степень зрелости отдельных функциональных систем на определенных возрастных этапах значительно различается. Одни функциональные системы уже сформировались и в процессе онтогенеза незначительно модифицируются, тогда как другие только начинают формироваться. Именно в этом и заключается принцип ге-терохронности, неодновременности развития функциональных систем, что было описано нами выше. Однако гетерохрония развития может наблюдаться и в пределах одной функциональной системы. В эволюционной физиологии доказано, что к моменту рождения, как правило, достигают своего развития лишь те функциональные системы, которые обеспечивают развитие жизненно важных функций организма. Однако и они также претерпевают изменения, усложняются в процессе взаимодействия со средой.

Например, сосательный рефлекс у новорожденного можно вызвать лишь непосредственным раздражением ротовой полости. В дальнейшем рецепторная зона сосательного рефлекса увеличивается, формируются новые условно-рефлекторные связи.

Это подтверждается и исследованиями анатомов. Они показали, что к моменту рождения ребенка оказываются зрелыми лишь те волокна лицевого нерва, которые обеспечивают акт сосания. Система мимических движений формируется у ребенка позже.

Таким образом, каждая функциональная система и даже отдельные ее звенья имеют собственную программу развития. Но несмотря на это мозг работает как единое целое. Интегративная деятельность мозга предполагает теснейшее взаимодействие различных его систем, их взаимную обусловленность. «Наряду с гетерохронностью созревания отдельных функциональных систем необходима определенная синхронность в их взаимодействиях. В каждом возрастном периоде отдельные системы должны находиться в определенной степени зрелости, иначе не произойдет полного слияния систем в единый ансамбль» (Бадалян, 1983, с. 213).

Развитие нервной системы ребенка, как подчеркивает Л. О. Бадалян, сопровождается не только появлением новых форм реагирования, но и угасанием старых, первоначальных автоматизмов. Запаздывание в угасании старых форм реагирования в ряде случаев препятствует усложнению рефлекторной деятельности, формированию новых межанализаторных связей.

Эволюционный подход в неврологии и психиатрии позволяет дифференцированно подойти к проблеме многих патологических расстройств у детей и подростков и разработать научно обоснованную классификацию психического дизонтогенеза.

В отечественной и зарубежной психиатрии и патопсихологии выделены различные варианты дизонтогенеза. Традиционно выделяются физический и психический дизонтогенез.

Физический дизонтогенез – это нарушение физического развития ребенка. Сюда относятся нарушения в системе анализаторов (слухового, зрительного, двигательного), различные соматические нарушения у ребенка. Например, пороки развития внутренних органов, легочные заболевания и пр. Однако любой физический недуг откладывает отпечаток на развитие психики ребенка. В. В. Ковалев рассматривает психический дизонтогенез как один из основных компонентов постнатального дизонтогенеза, «т. е. нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга» (Ковалев, 1985) Психический дизонтогенез автор связывает не только с биологическими (генетическими, экзогенно-органическими и др.) патогенными факторами, а также со средовыми (микросоциальными и социальными) воздействиями, а также с разнообразными сочетаниями как биологических, так и социальных факторов.

Классификацией видов психического дизонтогенеза занимались многие отечественные и зарубежные психиатры. Л. Каннер, американский психиатр предложил выделить два вида психического дизонтогенеза недоразвитие и искаженное развитие. Из отечественных авторов классификация видов психического дизонтогенеза была предложена одним из выдающихся детских психиатров Г. Е. Сухаревой (Сухарева, 1959), соратницей Л. С. Выготского. Она выделила три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие. В основе задержанного развития лежит ретардация, т. е. общее или частичное запаздывание или приостановка в развитии психических функций у ребенка. В основе поврежденного развития – регресс, распад уже сформировавшихся психических функций. Искажённое развитие является следствием асинхронии, что проявляется в выраженном опережении одних психических функций и свойств формирования личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств. Это становится основой диспропорционального и дисгармоничного развития личности. В. В. Лебединский, на основе классификации Г. Е. Сухаревой, выделяет 6 видов психического дизонтогенеза, это:

- 1) психическое недоразвитие, что наблюдается у детей с умственной отсталостью;
- 2) задержанное психическое развитие, наблюдаемое у детей с задержкой психического развития различных форм;
- 3) поврежденное развитие, обусловлено более поздним (после 2,5–3-х лет) патологическим воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем уже сформирована;
- 4) дефицитное развитие, наблюдаемое у детей с недоразвитием анализаторных систем (слуховые, зрительные, двигательные);
- 5) искаженное развитие, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций;
- 6) дисгармоничное развитие, в основе которого лежит врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере.

В. В. Лебединский добавляет еще три типа дизонтогенеза: психическое недоразвитие, дефицитное и дисгармоничное развитие.

Следует отметить, что представленная классификация построена на основе

качественного анализа нарушений психического развития ребенка, с выделением ведущих признаков нарушений в зависимости от времени возникновения дефекта, его тяжести и локализации. Это подчеркивает ее высокую психологическую направленность, что позволяет более дифференцированно подойти к психологическому анализу и психологической коррекции детей с проблемами в развитии. Однако данная классификация не лишена некоторых недостатков, на что обращает внимание и сам автор. Например, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Особенно наглядно это проявляется при детском церебральном параличе, где можно наблюдать как дефицитное, так и задержанное развитие, а в отдельных случаях и общее психическое недоразвитие. При ранней детской шизофрении, как отмечает автор, можно наблюдать как задержанное психическое развитие, так и искаженное, а в некоторых случаях и поврежденное. Поэтому варианты психического дизонтогенеза необходимо рассматривать не как самостоятельные образования, а как синдромы аномального развития, с выделением ведущего синдрома (Лебединский, 1985).

На основе классификации Сухаревой и Лебединского Н. Я. и Н. М. Семаго (2000) разработали типологию отклоняющегося развития, включив в нее четыре основных блока: недостаточное развитие, асинхронное развитие, поврежденное развитие и дефицитное развитие. Внутри каждой группы выделены отдельные подгруппы, отличающиеся друг от друга качественными характеристиками. Например, группа недостаточного развития включает в себя тотальное недоразвитие, задержанное развитие и парциальную несформированность высших корковых функций. Внутри группы тотального недоразвития выделяется несколько типов: простой, уравновешенный, аффективно-неустойчивый и тормозно-инертный (Семаго Н. Я. и Н. М., 2000). Однако внутри тотального недоразвития можно наблюдать не только детей с различными вариантами аффективных нарушений, но и детей с нарушениями анализаторов, с психопатоподобным поведением (Певзнер М. С., 1959).

Классификация видов психического дизонтогенеза должна быть построена с учетом четырех основных факторов: каузальный, уровневый, динамический и клинико-психологический.

Каузальный – отражает причину, лежащую в основе дефекта.

Уровневый – уровень развития гностических, эмоционально-волевых и личностных характеристик.

Динамический – динамику развития психических процессов, свойств личности и психических состояний ребенка.

Клинико-психологический – взаимоотношение первичных, вторичных и третичных симптомов в развитии познавательной деятельности и личности ребенка, а также выделение основного системообразующего фактора, лежащего в основе психического дизонтогенеза.

Перечисленные выше факторы по-разному выступают при разных вариантах нарушений психического развития в детском возрасте и образуют определенную системно-структурную модель психического дизонтогенеза. Ориентация на эти факторы позволит нам оптимизировать процесс психологической коррекции и разработать соответствующие психокоррекционные технологии для каждой системно-структурной модели психического дизонтогенеза.

## **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ**

Как отмечалось выше, мы рассматриваем психологическую коррекцию в двух планах: в широком – как комплекс клинико-психолого-педагогических воздействий, направленных на исправление имеющихся у детей недостатков в развитии, и в узком – как метод психологического воздействия, направленный на оптимизацию развития психических процессов и функций у ребенка и гармонизацию развития его личностных свойств.

Сложность, многообразие и специфика аномального развития ребенка требует системного подхода к разработке психокоррекционных технологий. Психокоррекционные технологии – это совокупность знаний о способах и средствах проведения психокоррекционного процесса. Термин «психокоррекционные технологии» мы выбрали не случайно. Во-первых, психокоррекционный процесс – это сложная система, включающая в себя как стратегические, так и тактические задачи. Стратегическими задачами являются разработка психокоррекционных программ и психокоррекционных комплексов. В тактические задачи входит разработка методов и психокоррекционных техник, форма проведения коррекционной работы, подбор и комплектование групп, продолжительность и режим занятий.

Во-вторых, нельзя создать универсальную психокоррекционную программу для детей с проблемами в развитии. Это обусловлено тем, что, кроме структуры дефекта и степени тяжести его проявления, необходимо учитывать время возникновения дефекта, уровень развития межфункциональных связей, типологические и индивидуально-психологические особенности ребенка, а также предшествующую социальную ситуацию развития.

В-третьих, как подчеркивалось выше, коррекционная работа с ребенком должна строиться не как простая тренировка умений и навыков, не как отдельные упражнения по совершенствованию психологической деятельности, а как целостная осмысленная деятельность. При этом необходимо проводить коррекционную работу как с самим ребенком по изменению его отдельных психологических образований, так и с условиями жизни, воспитания и обучения, в которых находится ребенок.

В-четвертых, важно, чтобы психологическая коррекция детей с проблемами в развитии носила опережающий, предвосхищающий характер. Она должна стремиться не к упражнению и совершенствованию того, что уже есть, что уже достигнуто ребенком, а к активному формированию того, что должно быть достигнуто ребенком в ближайшей перспективе в соответствии с законами и требованиями возрастного развития и формирования личности. То есть при разработке стратегических основ психологической коррекции необходимо ориентироваться на перспективу развития.

В-пятых, специфика конкретных задач психокоррекционной программы зависит от типа детского учреждения, которое посещает ребенок (специализированный детский сад, вспомогательную школу, обучение на дому и пр.). Важно, чтобы психокоррекционная программа была согласована с другими специалистами, которые работают с ребенком (логопед, педагог-дефектолог, учитель, врач-психиатр и пр.).

Рассмотрим стратегические задачи, так как они являются общими для всех детей с проблемами в развитии.

В практике психокоррекционной работы традиционно выделяются три основные модели коррекции: общая, типовая и индивидуальная (А. А. Осипова, 2000).

*Общая модель коррекции* – это система оптимального возрастного развития личности в целом. Она включает в себя щадящий охранительно- стимулирующий режим для ребенка, соответствующее распределение нагрузок с учетом психического состояния, организацию жизнедеятельности ребенка в школе, в семье и в других группах.

*Типовая модель коррекции* основана на организации конкретных психокоррекционных воздействий с использованием различных методов: игротерапии, семейной терапии, психорегулирующих тренировок и пр.

*Индивидуальная модель коррекции* ориентирована на коррекцию различных нарушений у ребенка или подростка с учетом его индивидуально-типологических, психологических, клиничко-психологических особенностей. Это достигается в процессе создания индивидуальных психокоррекционных программ, направленных на коррекцию имеющихся недостатков с учетом индивидуальных факторов.

Все эти три модели тесно связаны и взаимозависимы, хотя имеют разные задачи. Так, общая модель психокоррекции ориентирована на профилактическую работу с ребенком, типовая модель – на оптимизацию, стимулирование психического развития, а индивидуальная модель – на коррекцию недостатков в развитии ребенка с учетом его клиничко-психологических и индивидуально-психологических особенностей.

Эффективность психокоррекционного процесса в значительной степени зависит от умения психолога составить психокоррекционную программу. При этом необходимо учитывать следующие методические требования:

- четко сформулировать основные цели психокоррекционной работы;
- выделить круг задач, которые должны конкретизировать основную цель;
- определить содержание коррекционных занятий с учетом структуры дефекта и индивидуально-психологических особенностей ребенка, развития ведущего вида деятельности;
- определить форму работы с ребенком (групповая, семейная, индивидуальная);
- отобрать соответствующие методы и техники с учетом возрастных, интеллектуальных и физических возможностей ребенка;
- запланировать форму участия родителей и других лиц в коррекционном процессе;
- разработать методы анализа оценки динамики психокоррекционного процесса;
- подготовить помещение, необходимое оборудование и материалы.

Целенаправленное психокоррекционное воздействие на ребенка и подростка с проблемами в развитии осуществляется через психокоррекционный комплекс, который состоит из четырех взаимосвязанных блоков:

- диагностический;
- коррекционный;
- оценочный;
- прогностический.

В *диагностический блок* входят диагностика психического развития ребенка и диагностика социальной среды.

Диагностика психического развития ребенка включает в себя:

- всестороннее клинико-психологическое изучение личности ребенка и его родителей, системы их отношений;
- анализ мотивационно-потребностной сферы ребенка и членов его семьи;
- определение уровня развития сенсорно-перцептивных и интеллектуальных процессов и функций;
- диагностику социальной среды ребенка (анализ неблагоприятных факторов социальной среды, травмирующих ребенка, нарушающих его психическое развитие, формирование характера личности и социальную адаптацию).

*Коррекционный блок* включает в себя следующие задачи:

- коррекция неадекватных методов воспитания ребенка с целью преодоления его микросоциальной запущенности;
- помощь ребенку или подростку в разрешении психотравмирующих ситуаций;
- формирование продуктивных видов взаимоотношений ребенка с окружающими (в семье, в классе);
- повышение социального статуса ребенка в коллективе;
- развитие у ребенка или подростка компетентности в вопросах нормативного поведения;
- формирование и стимуляция сенсорно-перцептивных, мнемических и интеллектуальных процессов у детей;
- развитие и совершенствование коммуникативных функций, эмоционально-волевой регуляции поведения;
- формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного вовлечения родителей в психокоррекционный процесс;
- создание в детском коллективе, где обучается ребенок, атмосферы принятия, доброжелательности, открытости, взаимопонимания.

В достижении этой цели на первый план выступает работа психолога не только с близким социальным окружением ребенка (семьей), но и с педагогами, которые обучают ребенка, и с его одноклассниками, друзьями и знакомыми. Это одна из важных задач, так как социальная интеграция ребенка с проблемами в развитии в обществе является важным фактором всестороннего воспитания его личности и личностного роста.

*Оценочный блок, или блок оценки эффективности коррекционных воздействий*, направлен на анализ изменений познавательных процессов, психических состояний, личностных реакций у ребенка в результате психокоррекционных воздействий. Критерии оценки эффективности психологической коррекции требуют учета структуры дефекта, механизмов его проявлений, анализа целей коррекции и используемых методов психологического воздействия. Результаты коррекционной работы могут проявляться у ребенка в процессе работы с ним, к моменту завершения психокоррекционного процесса и на протяжении длительного времени после окончания занятий.

Эффективность психологической коррекции зависит от конкретных целей психокоррекционного процесса. При симптоматической коррекции результат воздействий может проявиться уже после первых занятий с ребенком. Однако в процессе психокоррекции необходимо ориентироваться не на симптомы, а на причины их порождающие. Действие каузальной коррекции может проявляться даже не сразу после окончания



психокоррекционных занятий, а значительно позже.

Эффективность психологической коррекции зависит как от объективных, так и субъективных факторов. К объективным факторам относятся:

- степень тяжести дефекта у ребенка;
- четкость поставленных коррекционных задач;
- четкость организации психокоррекционного процесса;
- время начала коррекционного процесса;
- профессиональный и личностный опыт психолога. К субъективным факторам

можно отнести:

- установки ребенка и родителей на психологическую коррекцию;
- отношение их к психологической коррекции и к психологу.

При оценке эффективности психокоррекционных воздействий необходимо использовать разнообразные методы, в зависимости от поставленных психокоррекционных задач. Например, при анализе эффективности психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей целесообразно использовать отчеты родителей о поведении детей до и после занятий. При оценке поведенческих и эмоциональных реакций ребенка целесообразно сочетать метод наблюдения с проективными методами исследования личности (цвето-ассоциативные тесты, методика незаконченных предложений, рисуночные тесты и др.) При оценке эффективности коррекции познавательных процессов у детей можно использовать функциональные пробы, направленные на анализ гностических процессов, результаты педагогических наблюдений. Оценку эффективности коррекции может провести и независимая экспертная комиссия, включающая в себя не только психологов, а также врачей, педагогов и социальных работников.

*Прогностический блок* психокоррекции направлен на проектирование психофизиологических, психических и социально-психологических функций ребенка или подростка. В ходе коррекции перед психологом встают следующие вопросы:

1. Проектирование возможных изменений в развитии познавательных процессов и личности ребенка в целом.
2. Определение динамики этих изменений.

Это позволяет психологу объективно судить о потенциальных возможностях личности ребенка или подростка и прогнозировать ее дальнейшее развитие.

При построении прогностических оценок психолог должен уделить особое внимание активности ребенка. Психопрогностическая оценка не должна включать в себя определение только одного-единственного пути дальнейшего развития ребенка. Необходимо выделение ряда различных, в том числе альтернативных, вариантов с указанием тех условий, в которых может реализоваться личность субъекта психокоррекционных воздействий.

*Организационные аспекты психокоррекционных технологий* Эффективность психокоррекционных воздействий в значительной степени зависит от:

- формы проведения психокоррекционной работы;
- подбора и комплектации коррекционных групп;
- продолжительности и режима психокоррекционных занятий.

Традиционно выделяются две формы проведения психокоррекционных занятий – индивидуальную и групповую. Выбор формы работы зависит от особенностей психического

и физического развития ребенка, от его возраста и выраженности аффективных проблем. Однако в нашей практике мы использовали смешанную, т. е. индивидуально-групповую форму психологической коррекции.

Индивидуальная психологическая коррекция выбирается в следующих случаях:

– если проблемы ребенка или подростка имеют индивидуальный, а не межличностный характер, например, недоразвитие познавательных процессов у детей с психическим недоразвитием и задержанным развитием;

– если ребенок или подросток отказывается работать в группе по каким-либо причинам, а именно: недостаточный социальный опыт, тяжелый физический дефект, негативное отношение родителей к групповому взаимодействию ребенка;

– если у ребенка или подростка наблюдаются выраженные аффективные проблемы: высокая тревожность, необоснованные страхи, неуверенность в себе.

Индивидуальная форма психологической коррекции в основном используется в работе с детьми, имеющими тяжелые формы психических и физических нарушений: тяжелые формы психического недоразвития, выраженные парциальные формы задержанного развития, глубокие аффективные нарушения у детей с дисгармоничным, искаженным и поврежденным развитием.

Групповая форма психологической коррекции включает в себя целенаправленное использование всей совокупности взаимодействий и взаимоотношений между участниками группы в коррекционных целях. Психокоррекционная группа представляет собой искусственно созданную малую группу, в которой ребенок или подросток отражают свой коммуникативный потенциал и проблемы. Группа для ребенка и подростка выступает как модель реальной жизни, где он проявляет те же отношения, установки, ценности, эмоциональные и поведенческие реакции. Групповая психологическая коррекция сфокусирована на трех составляющих самосознания:

- самопознание (когнитивный блок);
- отношение к себе (эмоциональный блок);
- саморегуляция (поведенческий блок) (Осипова А. А., 2000). Задачей когнитивного блока является: осознание ребенком и подростком своих интеллектуальных, личностных и эмоциональных ресурсов.

Эмоциональный блок отвечает за формирование у ребенка и подростка позитивного эмоционального отношения к себе; переживание в группе и осознание ребенком и подростком прошлого эмоционального опыта; получение новых эмоциональных переживаний в группе.

Поведенческий блок задействуется в процессе преодоления неадекватных форм поведения; развития и закрепления новых форм поведения.

Следует отметить, что групповая психокоррекция решает те же задачи, что и индивидуальная, но с помощью других средств. Главное их отличие заключается в том, что групповая психокоррекция в большей степени акцентирует внимание на межличностных проблемах ребенка и подростка, а индивидуальная – на внутриличностных проблемах.

При комплектации психокоррекционных групп необходимо учитывать степень тяжести и клинико-психологическую структуру дефекта у ребенка. Желательно, чтобы в группе были дети с разной степенью тяжести физического и психического дефекта, но одной нозологической формы. Например, в психокоррекционную группу детей с церебральным

параличом целесообразно отобрать детей с разной степенью тяжести двигательного дефекта (передвигающиеся самостоятельно, на костылях, колясочники, но с сохранным интеллектом). При комплектовании коррекционной группы детей с синдромом раннего детского аутизма мы ориентировались на уровень их аффективного и интеллектуального развития.

Возраст детей не играет определяющей роли при отборе в группу, особенно когда в коррекции участвуют дети с психическим недоразвитием или задержанным развитием. В таких группах разница в возрасте может варьировать от 2 до 5 лет. В группах детей с эмоциональными проблемами (дисгармоничное развитие, диспропорциональное развитие и пр.) желательно, чтобы возраст участников группы был приблизительно одинаков.

Групповую психокоррекцию детей с проблемами в развитии рекомендуется проводить в малых группах (4–7 человек). Когда количество участников в группе превышает 7 человек, то возникает тенденция к обособлению отдельных подгрупп, что снижает эффективность группового взаимодействия. Поскольку общение активно формируется у детей в дошкольном и младшем школьном возрасте, но не является ведущим видом деятельности, рекомендуется формировать микрогруппы численностью 2–3 человека. Опыт нашей работы свидетельствует об эффективности группового взаимодействия в микрогруппах у детей дошкольного и младшего школьного возраста с психическим недоразвитием, с аффективными проблемами и поведенческими нарушениями. Оптимальное число членов группы в значительной степени зависит от частоты и длительности психокоррекционных занятий. Для группы с частотой занятий 1–2 раза в неделю рекомендуется состав из 2–7 человек.

Психокоррекционный процесс может быть кратковременным (от 2 до 6 месяцев) или долговременным (от 1 года и выше). Продолжительность занятий зависит от задач психокоррекции, от психологических особенностей членов группы и от возраста участников психокоррекции. Для детей с выраженными аффективными и интеллектуальными нарушениями продолжительность групповых занятий может быть от 40 до 70 минут при частоте 2 занятия в неделю. При частоте 1 занятие в неделю продолжительность занятий может быть увеличена до 90 минут.

Итак, эффективность психокоррекционной работы в значительной степени определяется правильной организацией занятий, что требует индивидуального и дифференцированного подхода к ребенку с учетом формы заболевания и степени тяжести дефекта.

### Глава 3.

## ПСИХИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ И ОСНОВНЫЕ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

### КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ

В клинике психическое недоразвитие рассматривается как синдром тотальной ретардации. В основе данной формы психического дизонтогенеза лежит недоразвитие всех сторон психики: познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, личности, потребностно-мотивационной сферы и пр. Однако ведущая роль в структуре общего психического недоразвития принадлежит недоразвитию познавательной деятельности. Типичной моделью психического недоразвития является умственная отсталость.

В Международной классификации болезней (МКБ, 10-й пересмотр) дается следующее определение умственной отсталости: «Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей» (с. 222). «Определение интеллектуального уровня должно основываться на всей доступной информации, включая клинические данные, адаптивное поведение (с учетом культурных особенностей) и продуктивность по психометрическим тестам» (с. 223).

Как особая форма психического недоразвития умственная отсталость может возникнуть у ребенка вследствие различных причин. По этиологии их можно условно разделить на две основные группы: эндогенную, обусловленную, как правило, генетическими факторами, и экзогенную, обусловленную внешними факторами (инфекции, отравления, травмы и пр.), – возникшие на различных этапах развития ребенка.

В отечественной психиатрии в основу классификации умственной отсталости положены этиопатогенетические характеристики (Сухарева Г. Е., 1973; Ковалев В. В., 1979 и др.).

В. В. Ковалев выделяет следующие основные формы умственной отсталости:

1. Умственная отсталость при хромосомных болезнях.
2. Наследственные формы умственной отсталости.
3. Смешанные по этиологии (экзогенно-эндогенные) формы.
4. Экзогенно обусловленные формы.

Классификация В. В. Ковалева по этиопатогенетическому признаку имеет несомненное значение для клинического анализа умственной отсталости. Однако для психолого-педагогического анализа интеллектуального дефекта при умственной отсталости в практике чаще используется классификация М. С. Певзнер, которая выделяет пять форм умственной отсталости:

1. Неосложненная форма умственной отсталости.
2. Умственная отсталость с нарушениями нейродинамики.
3. Умственная отсталость в сочетании с нарушениями анализаторов.
4. Умственная отсталость в сочетании с грубыми нарушениями личности.
5. Умственная отсталость в сочетании с психопатоподобными формами поведения.

Психическое недоразвитие в детском возрасте проявляется в многочисленных синдромах ранней и стойкой общей отсталости. Г. Е. Сухарева выделяет два признака общего психического недоразвития: это преобладание интеллектуального дефекта и отсутствие прогредиентности (Сухарева, 1974).

Психопатологическим стержнем психического недоразвития у взрослых, подростков и детей младшего школьного возраста является слабость абстрактного мышления в виде недостаточной способности к обобщению, пониманию причинно-следственных отношений, конкретно-ситуативного мышления (Выготский Л. С, 1984).

Однако для квалифицированной диагностики недостаточно ориентироваться только на признаки интеллектуального недоразвития, наблюдаемые у ребенка с рождения или несколько позже (до 2–3 лет). Классификация дизонтогенетических расстройств по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) предусматривает четыре основных направления (оси) диагностики. Первое направление – это характеристика клинического синдрома. Второе – по определению интеллектуального уровня от легкой до глубокой отсталости. Третье – учитывает биологические факторы дизонтогенеза, т. е. этиологический диагноз. Четвертое – характеристика сопутствующих психосоциальных влияний (нарушение семейных взаимоотношений, стиль семейного воспитания, социальная и психическая депривация и пр.).

Представленные выше направления классификации умственной отсталости включают в себя не только биологические, но и социально-психологические факторы, влияющие на развитие ребенка с психическим недоразвитием.

Как отмечают клиницисты, общее психическое недоразвитие при умственной отсталости часто сочетается с неспецифическими нарушениями. Это могут быть нарушения черепно-мозговой иннервации, пирамидная недостаточность, парезы, нарушение мышечного тонуса, дизэнцефальные расстройства, в частности церебрально-эндокринная недостаточность. В соматическом статусе у большинства детей, особенно с тяжелой формой умственной отсталости, нередко наблюдаются различные аномалии развития и дисплазии – деформации и нарушения соотношения размеров черепа, аномалии строения и расположения ушных раковин, глаз, зубов, укорочение фаланг пальцев, заячья губа, синдактилии. При умственной отсталости, связанной с нарушениями эмбрионального развития, часто наблюдаются пороки развития внутренних органов: сердца, легких, мочеполовых органов, желудочно-кишечного тракта, а в некоторых случаях, системные нарушения, например, костной системы, кожи и пр.

При классификации умственной отсталости важно учитывать не только форму клинической картины психического недоразвития, а также уровень психического развития ребенка и его сложную внутреннюю структуру.

Степень слабоумия при психическом недоразвитии традиционно подразделяется по выраженности интеллектуального и личностного дефекта. По МКБ 10-го пересмотра ВОЗ выделяются следующие степени умственной отсталости:

*F70 Легкая умственная отсталость.*

Легкая умственная отсталость, которая характеризуется умеренной отсталостью, но способностью использовать речь в повседневных целях. Лица с легкой умственной отсталостью способны себя обслуживать (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря). Основные затруднения обычно наблюдаются в

сфере школьной успеваемости, особенно при усвоении чтения и письма. Они способны к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. «В целом, у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяжелой степенями умственной отсталости». Уровень интеллекта у лиц с легкой степенью умственной отсталости находится в диапазоне 50–69.

*F71 Умеренная умственная отсталость.*

У лиц этой категории, несмотря на замедленное развитие и понимание речи, отмечается задержка в ее развитии. Отстает и развитие моторики и навыков самообслуживания. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Некоторые из лиц с умеренной умственной отсталостью нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее такие люди в общем полностью мобильны и физически активны, большинство из них обнаруживают признаки социального развития. Коэффициент умственного развития обычно находится в диапазоне от 35 до 49. У одних лиц с умеренной умственной отсталостью наблюдается высокий уровень оценок по тестам на зрительно-пространственные функции и низкие оценки по речевым тестам, у других – наоборот. То есть одни пациенты могут принимать участие в простых беседах, а другие обладают речевым запасом, достаточным лишь для сообщения о своих основных потребностях. Некоторые пациенты никогда не используют речь, хотя и могут понимать простые инструкции. У большинства лиц с умеренной умственной отсталостью может быть выявлена органическая этиология.

*F72 Тяжелая умственная отсталость.*

По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости. У большинства больных наблюдаются двигательные нарушения или другие сопутствующие дефекты. Коэффициент умственного развития обычно находится в пределах от 20 до 34.

*F73 Глубокая умственная отсталость.*

У больных этой рубрики коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что пациенты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала, и с ними возможны лишь самые примитивные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре, они не могут принимать участие в домашних и практических делах.

*F78 Другая умственная отсталость.*

Эта категория должна использоваться только в тех случаях, когда оценка степени интеллектуального снижения посредством обычных процедур затруднена или невозможна из-за сопутствующих сенсорных или соматических нарушений, например, слепоты, глухоноты и при тяжелых поведенческих расстройствах или соматической инвалидизации.

### *Р79 Неуточненная умственная отсталость.*

Неуточненная умственная отсталость устанавливается в тех случаях, когда нет достаточной информации по отнесению больного к одной из вышеназванных категорий.

Многие отечественные педагоги и клиницисты обращали внимание на дисгармонию в развитии личности у некоторых детей, страдающих умственной отсталостью (Озерецкий Н. И., 1924; Занков Л. В., 1939; Мнухин С. С., 1961 и др.). Многообразие форм проявлений умственной отсталости чрезвычайно велико. В связи с этим особый интерес представляет собой классификация психического недоразвития, представленная Д. Н. Исаевым (1982). Используя клинико-психолого-педагогический анализ, автор выделяет четыре основные формы психического недоразвития у детей.

*Астеническая* форма характеризуется неглубоким нарушением интеллекта. В структуре интеллектуального дефекта у детей наблюдается нарушение школьных навыков, которые диагностируются, как правило, в начале школьного обучения. В раннем детстве и в дошкольные годы родители таких детей не замечают отставания в их умственном развитии. У большинства из них наблюдаются недоразвитие речи и эмоционально-волевая неустойчивость. В структуре интеллектуального дефекта у этой группы детей преобладают недоразвитие зрительно-пространственных функций, трудности установления последовательных умозаключений в рассказах, сниженный уровень обобщений.

Внутри этой группы Д. Н. Исаев выделяет несколько клинических подгрупп:

- 1) брадилалический вариант, при котором наблюдается замедленный темп психических процессов, особенно в мышлении и речи;
- 2) дислалический вариант, когда ярко выражено недоразвитие речи;
- 3) диспрактический вариант с заметным нарушением тонкой моторики;
- 4) дисмнемический вариант, при котором наблюдается резко выраженное нарушение памяти.

*Атоническая* форма. Наряду с интеллектуальной недостаточностью разной степени глубины у детей с этой формой психического недоразвития наблюдается аспонтанность, бедность, невыразительность эмоций. Это проявляется в сниженной потребности в эмоциональных контактах, в межличностных коммуникациях. Кроме того, на фоне умственной отсталости, у детей этой группы наблюдается выраженная неспособность к психическому напряжению, что проявляется в чрезмерной отвлекаемости, в двигательном беспокойстве и пр. Внутри этой группы автор выделяет:

- аспонтанно-апатический вариант, который характеризуется снижением активности, ограничением интересов;
- акатизический вариант, когда у ребенка проявляется бессмысленная активность, непоседливость и двигательное беспокойство;
- мориоподобный вариант, проявляющийся в нарушении поведения на фоне эйфории, в склонности к дурашливости.

При *дисфорической* форме психического недоразвития у детей на фоне умственной отсталости наблюдается выраженная аффективная напряженность.

*Стеническая* форма психического недоразвития характеризуется неравномерным созреванием интеллектуальных, мнемических и эмоционально-волевых процессов. У больных ярче выражены и стойкие побуждения, и влечения, что способствует формированию у них упорства в преодолении возникающих препятствий. Внутри этой

группы различают два основных варианта: уравновешенный и неуравновешенный. У последних отмечается сочетание интеллектуальной недостаточности с суетливостью, двигательным беспокойством, эмоциональной неустойчивостью.

Представленная классификация отличается содержательными характеристиками, отражающими сложную психопатологическую структуру дефекта при психическом недоразвитии, и она, на наш взгляд, может быть удобным ориентиром при качественном психологическом анализе дефекта у больных с данным вариантом психического дизонтогенеза.

Возрастная динамика психического развития с психическим недоразвитием отличается крайней замедленностью развития высших психических функций. На первом году жизни наблюдается вялость, выраженное недоразвитие моторных функций, нередко отмечается нарушение ритма сна и бодрствования. Недоразвитие моторики тормозит развитие интерсенсорных связей «рука-глаз», «глаз-ухо». Недостаточность эмоционально-волевых реакций проявляется в позднем формировании комплекса оживления, значительно позже появляются эмоциональные реакции на различные стимулы: звук, свет, лицо матери и пр.

В возрасте 2–3 лет недостаточность познавательной деятельности у детей с психическим недоразвитием проявляется в особенностях их поведения. В структуре их психического дефекта обращают на себя внимание выраженные психомоторные расстройства, которые проявляются в вялости или в психомоторной расторможенности. Наблюдается недоразвитие речи, навыков опрятности, несформированность игровой деятельности и слабовыраженная познавательная активность.

У здоровых детей в раннем возрасте происходят быстрые изменения в физическом и психическом развитии. Уже на втором году жизни наблюдается бурное развитие предметных действий, а на третьем – предметная деятельность становится у детей ведущей. В процессе становления предметной деятельности развивается ориентировочная реакция на новый предмет типа: «Что это?», а затем появляется вторая ориентировочная реакция: «Что с ним можно делать?» (по выражению Д. Б. Эльконина). Наряду с этим ребенок начинает выделять предметы, усваивает способы действия с ними. У него формируется ориентировка на свойства и качества предметов. Именно этот процесс формирования поисковых действий и оказывает решающее влияние на ход психического развития. Кроме этого идет активное развитие речи: вначале появляются отдельные слова, а на втором году жизни – фразы. Пробуждается интерес к продуктивным видам деятельности: рисованию, конструированию.

Что же касается развития детей с умственной отсталостью, то у них развитие моторики идет с большим опозданием. Походка их долго остается неустойчивой, плохо координированной, отмечаются лишние движения. Как правило, у них долго не выделяется ведущая рука, нет согласованности в действиях обеих рук. Предметными действиями эти дети своевременно не овладевают, в этом возрасте у них появляются лишь манипуляции, т. е. хаотичные, нецеленаправленные двигательные реакции. Чаще всего эти манипуляции не соответствуют назначению предмета, с которыми ребенок совершает действия. Не отмечается также ориентировки на новые предметы не только типа «Что с ним можно делать?», но и часто и «Что это?». Эти дети не умеют подражать действиям взрослого, т. е. они самостоятельно не овладевают основным способом усвоения общественного опыта.

В дошкольный период отмечается позднее развитие речи, затруднения в



формировании навыков самостоятельности, стереотипные игровые действия, т. е. бессодержательное, однообразное манипулирование с предметами. Контакт со сверстниками у них эпизодический и нестойкий. В дошкольном возрасте дети с умственной отсталостью редко задают вопросы: «что такое?», «почему?», «кто это?». У них слабо дифференцированы эмоции, отсутствуют высшие эмоции (сочувствие, сострадание, дифференцированное чувство привязанности). Речь, как правило, аграмматичная, с ограниченным словарным запасом.

В младшем школьном возрасте на первый план в структуре психического дефекта выступает недоразвитие абстрактного мышления. Мышление отличается конкретно-ситуативными суждениями, слабостью или невозможностью обобщений, неспособностью выделения существенных признаков предметов и явлений. Особенно отчетливо интеллектуальная недостаточность проявляется в процессе обучения: дети даже с неглубокой умственной отсталостью с трудом овладевают счетными операциями.

В подростковом возрасте кроме интеллектуальной недостаточности на первый план выступает незрелость личности, которая проявляется в неспособности самостоятельно решать житейские ситуации, в некритичности поведения, в неадекватных притязаниях. У подростков с умственной отсталостью наблюдается нарушение поведения, которое в значительной степени определяется не только внешней ситуацией, но их аффективными побуждениями, влечениями.

Исследования психологов и педагогов показали, что психическое недоразвитие при умственной отсталости носит тотальный характер, охватывает все сферы психики: сенсорную, моторную, интеллектуальную, эмоциональную, личностную, что является определяющей характеристикой умственной отсталости. Тотальность недоразвития психики является определяющей характеристикой умственной отсталости. В структуре психического дефекта у детей с умственной отсталостью имеют место недостаточность в развитии гнозиса, праксиса, эмоций, памяти и других психических функций, которые, как правило, проявляются меньше, чем недоразвитие мышления. Например, особенностью восприятия у детей с умственной отсталостью является недоразвитие анализа и синтеза воспринимаемых сигналов.

В многочисленных исследованиях отечественных и зарубежных психологов были отражены различные особенности восприятия предметов у детей с умственной отсталостью. Ряд авторов в своих исследованиях отразили слабую способность детей с умственной отсталостью к дифференцированию общих, особых и единичных признаков предметов (Л. В. Занков, 1939; Э. С. Бейн, 1940; И. М. Соловьев, 1965 и др.). Другие авторы отметили недоразвитие скорости воспринимаемых сигналов у детей с умственной отсталостью (К. И. Вересотская, 1940; С. Я. Рубинштейн, 1979), а также снижение объема воспринимаемого материала (М. М. Нудельман, 1940).

Во многих из перечисленных работ, к сожалению, не учитывается степень тяжести и форма психического недоразвития. В связи с этим в накопленном эмпирическом материале по особенностям восприятия при психическом недоразвитии мы встречаемся со многими взаимоисключающими и противоречивыми характеристиками.

Чтобы глубже понять специфику нарушений восприятия при психическом недоразвитии, необходимо обратиться к работам Ж. Пиаже (1969). Ж. Пиаже выделяет две основные характеристики восприятия: перцептивные структуры и перцептивную

деятельность. Перцептивная структура – это первичная иллюзия, наиболее элементарный феномен восприятия. Перцептивные структуры являются сохранными у детей с психическим недоразвитием. Перцептивная деятельность рассматривается Ж. Пиаже в зависимости от развития интеллекта и обнаруживает глубокие трансформации. Развитие восприятия Ж. Пиаже рассматривает как прогрессивное усиление перцептивной деятельности ребенка.

Исследования онтогенетического развития процессов восприятия, проведенные отечественными психологами, показали, что вначале сам процесс восприятия неотделим от внешних практических действий ребенка. По мере развития интеллекта ребенка и усложнения его деятельности наблюдается сокращение моторных компонентов восприятия. Перцептивные действия в процессе восприятия приобретают форму одномоментного охвата признаков предмета. Эти изменения обусловлены выработкой у ребенка целой системы оперативных единиц восприятия и сенсорных эталонов, которые рассматриваются как своеобразные чувственные мерки для систематизации свойств окружающей действительности (А. В. Запорожец, 1986; и др.).

Нами были изучены особенности формирования перцептивных действий у дошкольников с умственной отсталостью в процессе осязательного восприятия предметов в возрасте 5–7 лет (И. И. Мамайчук, 1978). Исследования показали наличие примитивных манипуляций с предметами в процессе ощупывания у умственно отсталых детей в сравнении со здоровыми дошкольниками, что негативно отражалось на динамике и качестве формирования образа восприятия. Аналогичные данные были получены нами при изучении у них особенностей восприятия в зрительной модальности. Анализ рисунков выявил трудности выделения существенных свойств и признаков предметов, отражение их пространственных характеристик.

Таким образом, недоразвитие перцептивных действий является существенным фактором, отражающимся на эффективности восприятия у детей с умственной отсталостью.

При психическом недоразвитии отмечаются своеобразные особенности развития внимания и памяти. Пассивное внимание у детей с психическим недоразвитием более сохранно, чем активное. Это обусловлено, с одной стороны, патологической инерцией нервных процессов, нарушением их подвижности, с другой стороны, нарушением баланса между возбуждающими и тормозными процессами (М. С. Певзнер, 1959). Патогенное влияние на формирование активного внимания у детей с психическим недоразвитием оказывают:

- недостаточная познавательная активность;
- слабость ориентировочной реакции.

Это обусловлено неполноценностью коры головного мозга у детей с психическим недоразвитием.

Исследования особенностей развития памяти у детей с психическим недоразвитием показали недоразвитие смысловой памяти при относительной сохранности механической (Л. С. Выготский, 1983; С. Я. Рубинштейн, 1979 и др.). Слабость мыслительной деятельности, мешающая детям с психическим недоразвитием выделить существенное в запоминаемом материале, связать между собой отдельные его элементы и отбросить случайные побочные ассоциации, резко снижает качество их памяти. Кроме того, при умственной отсталости отмечаются такие особенности памяти, как замедленный темп усвоения нового, непрочность сохранения и воспроизведения информации.

В многочисленных исследованиях психологов и дефектологов показано, что при относительной сохранности элементарных эмоций у детей с психическим недоразвитием наблюдается выраженное недоразвитие более сложных эмоциональных проявлений, формирование которых тесно связано с интеллектуальным развитием.

Аналогичные закономерности наблюдаются в развитии двигательных функций у детей с психическим недоразвитием. В своих работах Бернштейн (1947) показал, что двигательный акт есть сложное, многоуровневое построение, состоящее из ведущего уровня (смысловая структура) и ряда фоновых уровней (технические компоненты движений). Н. П. Вайзман (1976) использовал концепцию Н. А. Бернштейна для оценки двигательных возможностей детей с умственной отсталостью. Наиболее древний в филогенезе и созревающий раньше остальных руброспинальный уровень регуляции движений (уровень А по классификации Н. А. Бернштейна) обеспечивает бессознательную, произвольную регуляцию тонуса мускулатуры с помощью проприорецепции. Движения этого уровня выступают в форме произвольных движений (вздрагивание, дрожь от холода, стучание зубами и пр.). Руброспинальный уровень регуляции движений является фоновым и начинает функционировать с первых недель жизни ребенка. Позднее в онтогенезе начинает функционировать таламо-паллидарный уровень синергии и штампов (уровень В). В 4–5 месяцев ребенок пытается схватить предмет рукой, и у него наблюдается масса нецелесообразных движений – синкинезий, сопутствующих схватыванию. Во втором полугодии синкинезии меняются на синергии, обеспечивающие вспомогательные движения для выработки навыка. Поражение уровня В приводит к диссинергиям и асинергиям, к гипердинамическим и гиподинамическим расстройствам. При гипердинамии наблюдаются различные гиперкинезы, а при гиподинамии отмечается скудность, бедность движений. Уровень В ответственен за развитие выразительности движений, мимики, пластичности. Аfferентная недостаточность этого уровня организации движений ведет к их ослаблению. Во втором полугодии жизни ребенка вступает в действие пирамидно-стриальный уровень (уровень С). Сенсорная коррекция этого уровня обеспечивает согласование двигательного акта с внешним пространством при ведущей роли зрительной аfferентации. Возникновение первых осмысленных действий связано с созреванием теменно-премоторного кортикального уровня организации движений (уровень D). Проприорецепция на этом уровне играет подчиненную роль, ведущая аfferентация не связана с рецепторными образованиями, а опирается на смысловую сторону действия с предметом. Например, при недоразвитии коркового уровня нарушается смысловая организация и реализация движений по типу апраксии, утрачивается или затрудняется возможность выработки новых навыков. Понимание речи, письмо связаны с деятельностью уровня E.

Поуровневый анализ развития двигательных функций у детей с психическим недоразвитием позволил Н. П. Вайзмону показать сложность, мозаичность этих нарушений, раскрыть механизмы различных психомоторных нарушений. На основе проведенных исследований автором были предложены научно обоснованные принципы коррекции психомоторики. Например, при недоразвитии коркового уровня организации движений невозможна смысловая организация двигательного акта, и движения формируются у ребенка в первую очередь по подражанию. Овладение движениями должно происходить с опорой на более сохраненные нижележащие церебральные уровни. При сохранности коркового, смыслового уровня организации движений, но недоразвитии пирамидно-стриального уровня,

коррекционная работа направлена на формирование двигательных качеств, временных и пространственных параметров движений.

В данном исследовании была убедительно доказана значимость учета структурно-уровневых характеристик психических функций для повышения эффективности психологической коррекции.

Нарушение мышления, являясь ядерным симптомом при психическом недоразвитии, оказывает негативное влияние на развитие всех других психических функций. Причем это влияние может осуществляться «сверху вниз», т. е. недоразвитие мышления препятствует развитию более элементарных психических процессов. Однако, как справедливо отмечает В. В. Лебединский, нельзя исключить и тормозящее влияние «снизу вверх», обусловленное недоразвитием более элементарных функций. Очень важен дифференцированный подход к проблеме первичного и вторичного дефекта при психическом недоразвитии. Недоразвитие речи, мышления, высших форм памяти при умственной отсталости Л. С. Выготский рассматривал как вторичные дефекты, обусловленные затруднениями усвоения социального опыта вследствие биологической недостаточности мозга. Дальнейшие исследования отечественных и зарубежных нейрофизиологов и психологов показали, что недостаточность высших психических функций у детей с умственной отсталостью обусловлена недоразвитием лобно-теменных отделов головного мозга, и это является первичным дефектом при психическом недоразвитии. Однако при анализе сложной структуры дефекта у детей с умственной отсталостью нельзя не учитывать и такие социальные факторы, как ранняя психическая депривация, неправильное семейное воспитание, социальная депривация умственно отсталого ребенка в более старшем возрасте и пр. Все это в значительной степени тормозит развитие личности ребенка с психическим недоразвитием, искажает его самооценку, способствует формированию эмоционально-волевой неустойчивости.

## **ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ**

Определяющее значение в процессе адаптации ребенка с умственной отсталостью имеет целенаправленная психокоррекционная работа. Центральным звеном в психокоррекционных технологиях является составление психокоррекционных программ. Традиционно в основу таких программ для детей с психическим недоразвитием положены основные направления их психологической диагностики: психометрическое, функциональное и нейропсихологическое. Например, при психометрическом подходе, когда определяющей мишенью психологической коррекции является степень психического недоразвития у ребенка, психокоррекционная программа направлена на повышение общего интеллектуального уровня ребенка с помощью специально разработанных психолого-педагогических коррекционных систем, организацию обучения ребенка в специализированном заведении.

При функциональном подходе, когда определяется уровень развития отдельных психических функций у ребенка (восприятия, внимания, памяти и пр.) психокоррекционные программы направлены на исправление и оптимизацию развития отдельных психических функций. Например, развитие восприятия у детей с умственной отсталостью как основу формирования мышления.

Нейропсихологический подход базируется на современных представлениях о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации высших психических функций в онтогенезе (Вайзман, 1976; Микадзе, Корсакова, 1994; Пылаева, Ахути-на, 1997; Семенович, 1998; Семаго М., Семаго Н., 2000 и др.). В этих исследованиях доказано, что сенсомоторный уровень развития является базальным для развития высших психических функций, поэтому в начале психокоррекционной работы уделяют большое внимание развитию двигательных функций. Выделяется несколько уровней коррекции на основе нейропсихологического подхода:

1) уровень активации, энергоснабжения и статокинетического баланса психических процессов;

2) уровень операционального обеспечения и статокинетического баланса психических процессов;

3) уровень произвольной регуляции смыслообразующей функции психомоторных процессов (цит. по: М. Семаго и Н. Семаго).

Каждый из этих уровней коррекции имеет свою специфическую «мишень» воздействия.

Психокоррекционные методы первого уровня направлены на функциональную активацию подкорковых образований головного мозга. Методы второго уровня – задних премоторных отделов правого и левого полушарий мозга и их взаимодействия, а методы третьего уровня направлены на формирование оптимального статуса префронтальных отделов мозга.

Данное направление психологической коррекции является на наш взгляд весьма перспективным для детей с психическим недоразвитием. Однако следует отметить, что каждое из перечисленных выше направлений занимает определенное место в системе психокоррекционной работы с детьми с психическим недоразвитием.

Важное значение для эффективности психологической коррекции детей с психическим недоразвитием имеет, с одной стороны, ориентация на сложные системно-структурные модели психического недоразвития, с другой стороны – онтогенетические модели.

Учет системно-структурных моделей психического недоразвития у детей позволяет разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести и специфическую структуру дефекта. Это успешно достигается при функциональном и нейропсихологическом подходе к психологической коррекции.

Как отмечалось выше, психическое недоразвитие – это тип дизонтогенеза, для которого характерно раннее время поражения мозговых систем и тотальное их недоразвитие. Первичный дефект при этой форме аномалии развития – интеллектуальный, и обязательным признаком является недоразвитие высших форм мыслительной деятельности: абстрактного мышления, образования понятий, низкий уровень обобщений.

Многообразие и полиморфность видов психического недоразвития требует учета всех факторов, определяющих дефект. Например, у детей с умственной отсталостью вследствие экзогенных факторов в структуре психического дефекта, кроме интеллектуальных нарушений, могут наблюдаться выраженные нейродинамические и аффективные нарушения. У детей с хромосомной патологией нередко наблюдается повышенная заторможенность, инактивность или, наоборот, бессмысленная активность, полевое поведение. Все это требует

синдромологического подхода к психологической коррекции с выделением ведущих и определяющих мишеней (симптомокомплексов), лежащих в основе психического недоразвития.

Кроме уровневых моделей психокоррекции детей с психическим недоразвитием широко используются онтогенетические модели, которые предполагают два основных направления:

- возврат к ранним онтогенетическим этапам развития познавательных процессов и личности, и активация этих процессов в качестве ранее не востребуемых резервов;
- ориентация на уровень ближайшего развития ребенка. Возрастной фактор также имеет важное значение в психокоррекционной работе с детьми с умственной отсталостью.

Как уже отмечалось выше, у здоровых детей в раннем возрасте происходят интенсивные изменения в физическом и психическом развитии. Уже на втором году жизни наблюдается бурное развитие предметных действий, а на третьем – предметная деятельность становится у здоровых детей ведущей.

В исследованиях отечественных психологов и педагогов было убедительно доказано, что предметная деятельность здорового ребенка на первом году жизни претерпевает ряд существенных изменений. Как отмечает Р. Я. Абрамович-Лехтман, уже на четвертом месяце жизни здоровый ребенок начинает ощупывать, притягивать случайно задетый предмет. Появляются повторные похлопывания рукой по этому предмету. По существу, на этом первом этапе ребенок инициативно осуществляет действенную связь между собой и предметом путем непосредственного контакта. Через ощупывание начинает формироваться выделение предмета как объекта деятельности. В дальнейшем действия ребенка становятся результативными: он повторно притягивает или отбрасывает предмет, размахивает им, стаскивает один предмет с другого. В этих действиях ребенка появляется новое: предмет перемещается в пространстве, вовлекается в пространственно меняющиеся отношения. Притягивание случайно задетого предмета подкрепляется его непосредственным схватыванием. Этот контакт с предметом, достигнутый в результате собственного усилия, позволяет ребенку перейти к привычной деятельности рассматривания предмета, обследования его путем ощупывания рукой, прикосновения губ, языка и т. п. Таким образом, происходит выделение ребенком предмета как объекта деятельности (Абрамович-Лехтман Р. Я., 1945).

В конце первого года жизни ребенок может действовать уже не одним предметом, а несколькими, перемещая их по отношению друг к другу. Это уже является активным изменением пространственных отношений между предметами и существенной предпосылкой для возникновения нового этапа – целевого использования предметов путем воздействия одним предметом на другой. Уже на шестом месяце ребенок может активно вызывать звуки с помощью предмета, ударяя им по другому предмету. На десятом месяце ребенок ударом одного предмета по другому может вызвать вращение последнего. На десятом месяце он уже может перемещать одним предметом другие в ограниченном пространстве. Например, палкой помешивать шарики в чашке. Очень важным обстоятельством, как подчеркивает Р. Я. Абрамович-Лехтман, является вызывание путем такого взаимодействия «скрытых свойств предметов». Например, удар палкой по колесу, насаженному на стержень, вызывает вращение колеса. Именно вызывание скрытого свойства предметов имеет огромное познавательное значение для ребенка. Итак, уже в конце первого

года жизни здоровый ребенок может совершать результативные действия, воздействуя на предмет не только непосредственно рукой, но и опосредованно с помощью другого предмета.

В процессе становления предметной деятельности у ребенка развивается ориентировочная реакция на новый предмет, он начинает выделять предметы, усваивает способы действия с ними. У него формируется ориентировка на свойства и качества предметов. Именно этот процесс формирования поисковых действий и оказывает решающее влияние на ход психического развития здорового ребенка.

Кроме того, идет активное развитие речи: вначале появляются отдельные слова, а на втором году жизни – фразы. Пробуждается интерес к продуктивным видам деятельности: рисованию, конструированию.

У детей с психическим недоразвитием в этот возрастной период развитие моторики значительно запаздывает. Походка их долго остается неустойчивой, плохо координированной, отмечаются лишние движения. Как правило, у них долго не выделяется ведущая рука, нет согласованности в действиях обеих рук.

Предметными действиями дети с психическим недоразвитием своевременно не овладевают, в этом возрасте у них появляются лишь манипуляции, т. е. хаотичные, нецеленаправленные двигательные реакции. Чаще всего эти манипуляции не соответствуют назначению предмета, с которыми ребенок совершает действия. Дети с умственной отсталостью не умеют подражать действиям взрослого, т. е. они самостоятельно не овладевают основным способом усвоения общественного опыта. Все это в значительной степени оказывает негативное влияние на формирование восприятия и таких его свойств как константность, предметность, обобщенность и определяет основные задачи психологической коррекции. Среди этих задач выделяются следующие:

- обучение детей с психическим недоразвитием усвоению сенсорных эталонов с помощью развития у них предметно-практических действий;
- развитие целостности, константности, предметности и обобщенности восприятия.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА**

В процессе планирования занятий необходимо соблюдать следующие принципы:

- принцип последовательности, предусматривающий постепенное усложнение занятий;
- принцип доступности заданий;
- принцип систематичности занятий, предусматривающий определенную частоту занятий; желательно не менее двух раз в неделю;
- принцип закрепления усвоенного с привлечением родителей, педагогов-дефектологов, логопедов.

В процессе обучения детей с психическим недоразвитием предметно-практическим манипуляциям психолог формирует у них поисковые способы ориентировки в задании, обучает ребенка усвоению формы, цвета и величины предметов. В ходе занятий ребенку необходимо показать такие действия, при которых он мог бы понять, что от умения определить форму зависит результат его деятельности.

Приводим конкретную схему занятий с описанием психотехник:

### **1. Предметно-практические манипуляции с объемными формами.**

*Цель занятий:* научить ребенка соотносить плоские и объемные формы в практическом действии с предметами, пользоваться методом проб и ошибок, отбрасывая ошибочные варианты и фиксируя правильные.

Психотехнические игры: «Закрой коробки», «Чей домик», «Найди окошко», «Почтовый ящик». Ребенку предлагаются эталонные геометрические фигуры, которые он должен соотнести с местом.

*Оборудование:*

- коробки с крышками разной формы,
- объемные геометрические формы по объему подходящие к прорези,
- доски с прорезями, изображающими геометрические фигуры и предметы из геометрических форм.

### **2. Зрительное восприятие формы без предметно-практических манипуляций.**

*Цель занятий:* обучение ребенка зрительному сопоставлению формы без предметно-практической ориентировки (вычленение контура предмета, соотнесение объемных и плоских форм, узнавание предметов в рисунках, их словесное обозначение).

Психотехнические игры: «Найди свою пару», «Лото», «Угадай что нарисовано», «Магазин».

*Оборудование:*

- карточки с изображением геометрических форм;
- парные плоскостные или пластмассовые формы;
- предметы и игрушки разной формы;

### **3. Запоминание форм.**

*Цель занятий:* научить детей запоминать воспринятые формы; мысленно по представлению сопоставлять объемную форму с плоскостной. Закреплять названия: «круглый», «квадратный», «овальный», «треугольный».

Психотехнические игры: «Узнай и запомни», «Найди похожую», «Угадай чего не стало».

*Оборудование:*

- карточки с геометрическими формами разной величины и цвета,
- объемные игрушки разной формы (например, шар, неваляшки, телевизор и пр.),
- плоскостные формы образцы (круг, овал, квадрат, прямоугольник, треугольник).

Обучение восприятию величины предметов так же, как и формы проводится в контексте предметно-практических манипуляций. В процессе действий с игрушками умственно отстающий ребенок начинает выделять величину зрительно. На основе длительного применения проб и примеривания у ребенка может возникнуть полноценное зрительное восприятие величины, умение вычленять ее, соотносить предметы по величине. Занятия состоят из трех этапов:

#### **1. Практическое выделение величины.**

*Цель занятий:* научить детей ориентироваться на величину предметов, соотносить действия рук с величиной предметов, соотносить по величине плоские и объемные фигуры, обучать детей составлению сериационного ряда.

Психотехнические игры: «Составление двух- и трехместных матрешек», «Найди место для предмета», «Построй башню», «Найди кровать для куклы» и пр.

*Оборудование:*

- матрешки (двух-, трех- и четырехместные),
- бруски разной величины,
- куклы и машинки разной величины,
- игрушечная мебель разной величины.



## **2. Зрительное восприятие величины.**

*Цель занятий:* научить различать зрительно предметы различной величины, соотносить зрительный образ со словом.

Психотехнические игры: «Лото» (определение предметов по величине), «Закончи узор» (с учетом величины детали), «Построй башни» (с учетом разной высоты) и пр.

*Оборудование:*

- карточки с изображением предметов разной величины,
- большие и маленькие круги, квадраты и контурные узоры,
- фломастеры,
- трафареты с изображением предметов и животных разной величины.

## **3. Запоминание предметов с учетом их величины.**

*Цель занятий:* научить детей удерживать в представлении и мысленно соотносить между собой величины разных предметов, осуществлять выбор по представлению и словесному обозначению величины предметов.

Психотехнические игры: «Запомни и найди», «Найди, где спрятано», «Угадай, какое платье нужно кукле» и пр.

*Оборудование:*

- карточки-лото с изображением предметов разной величины,
- предметы разной величины,
- картонные геометрические фигуры трех величин.

Важное значение в процессе психокоррекции детей с психическим недоразвитием имеет формирование у них константного и целостного восприятия предметов. Детям предстоит осознать, что внешний вид предмета может меняться в зависимости от того, с какой стороны на него смотрят – спереди, сзади, сбоку, снизу или сверху, но все равно это будет один и тот же предмет. Ребенок должен понять, что целый предмет состоит из отдельных частей, каждая из которых не только имеет свою функцию, но и свою форму, величину, свое определенное место, в целом, пространственное расположение.

Формирование целостного восприятия успешно осуществляется в процессе обучения детей продуктивным видам деятельности: конструирования, рисования, лепки, аппликации.

Огромный коррекционный потенциал принадлежит конструктивной деятельности, которая активно формируется у здоровых детей еще в младшем дошкольном возрасте. В процессе конструктивной деятельности ребенок, с одной стороны, знакомится с пространственными свойствами предметов (форма, величина и пр.), с другой стороны – процесс конструирования оказывает существенное влияние на формирование способов восприятия: вычленение целого из отдельных частей, мысленное расчленение сложной формы и установление пространственных взаимоотношений предметов. Эффективность конструктивных занятий в формировании сенсорных функций у детей с психическим недоразвитием описана в работах многих отечественных педагогов и психологов (Мамайчук, 1976; Катаева, Стребелева, 1991 и др.).

Психолог предлагает ребенку разнообразные игры: «Собери целое», «Какой детали не хватает» и пр.

Особое и важное значение в психологической коррекции детей с умственной отсталостью занимает формирование пространственной ориентировки. М. и Н. Семаго разработали программу формирования пространственных представлений для детей

дошкольного и младшего школьного возраста (Семаго М. и Н., 2000). Структура заданий программы усложняется в зависимости от уровня овладения ребенком пространственных представлений: от наиболее простых, координатных, метрических до лингвистических представлений. Каждый этап программы разделен на несколько тем, каждая из которых представляет собой работу на различных уровнях с обязательной соответствующей вербализацией пространственных представлений. Такими уровнями являются:

- уровень пространства собственного тела;
- уровень расположения объектов по отношению к собственному телу;
- взаимоотношение внешних объектов между собой;
- лингвистическое пространство, включая временные представления (Семаго М. и Н., 2000).

Опыт нашей работы показывает, что при формировании пространственных представлений у детей с психическим недоразвитием важно соблюдать следующие этапы.

На первом этапе необходимо обучить детей различать отношения предметов и их частей по вертикали (на, под).

Второй этап – это формирование горизонтальных отношений (рядом, около).

Третий – формирование таких отношений как «справа», «слева», «за», «перед», «между» и пр.

После того как ребенок научится воспринимать и воспроизводить пространственные отношения предметов по подражанию действиям взрослого, можно переходить к играм, где взрослый предъявляет ребенку уже готовые образцы. С помощью такого метода ребенок самостоятельно анализирует образец, пространственное взаимоотношение его частей. Это успешно достигается в ходе развития конструктивных умений, а также в процессе специально организованных дидактических игр «Запомни и найди», «Найди и назови», где ребенку предлагаются карты с изображением предметов, по-разному расположенных по отношению друг к другу.

Особо важное значение в формировании пространственных отношений и представлений у умственно отсталых детей имеет развитие у них осязательного восприятия. С этой целью используются разнообразные дидактические игры, направленные на осязательное восприятие формы, величины, объема, температуры, пространственного расположения предметов.

На первом этапе детей обучают осязательному восприятию знакомых объемных предметов (например, машинка, кукла, ложка, тарелка, шарф, пуговица и пр.). На втором этапе детям предлагают для ощупывания и узнавания объемные геометрические формы (шар, куб, «кирпичик из строительного набора» и пр.). На третьем этапе дети ощупывают и называют плоские геометрические фигуры. На четвертом этапе дети классифицируют объемные фигуры по величине. За специальной ширмой психолог раскладывает перед ребенком набор объемных фигур одинаковой формы, но разной величины. Например, шар большой и шар маленький, катушка большая и катушка маленькая и пр. Психолог просит ребенка выбрать и дать ему одинаковые фигурки. Опыт нашей работы показывает высокую эффективность таких занятий в развитии у ребенка пространственных восприятий.

Память детей с психическим недоразвитием, как отмечалось выше, отличается снижением объема запоминания, трудностями хранения и воспроизведения информации. Невозможность опосредованного запоминания у детей с психическим недоразвитием обусловлена трудностями смысловой организации запоминаемого материала. В связи с этим, важными направлениями психокоррекции памяти являются:

- формирование объема памяти в зрительной, слуховой и осязательной модальностях;
- развитие приемов ассоциативного и опосредованного запоминания предметов в процессе игровой деятельности.

Перед началом психокоррекционной работы психолог должен обратить внимание на то, какая форма памяти у ребенка преобладает: зрительная, слуховая, зрительно-слуховая или кинестетическая. Например, если у ребенка наблюдается выраженное недоразвитие памяти в слуховой модальности, рекомендуется проводить занятия по развитию слуховой и зрительно-слуховой памяти. Все занятия по коррекции памяти должны проходить в игровой ситуации, доступной ребенку.

Недоразвитие мышления является ядерным признаком у детей с данной формой дизонтогенеза. Их мышление отличается конкретностью, невозможностью образования понятий, трудностями переноса и обобщения. Развитие мышления у детей с психическим недоразвитием непосредственно связано с совершенствованием деятельности и восприятия. Важной задачей психокоррекции является развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. Для ее решения работа должна вестись в следующих направлениях:

- обучение детей многообразным предметно-практическим манипуляциям с предметами различной формы, величины, цвета;
- обучение детей использованию вспомогательных предметов (орудийные действия);
- формирование наглядно-образного мышления в процессе конструктивной и изобразительной деятельности;
- формирование элементарных логических обобщений.

Как уже упоминалось выше, предметно-практическая деятельность как здорового, так и ребенка с психическим дизонтогенезом, является основой для формирования его мышления. В процессе обучения детей предметно-практическим манипуляциям целесообразно проводить такие занятия, как подбор предметов по образцу, группировка предметов по образцу и по разным свойствам. Можно предложить детям разнообразные игры типа «Разложи игрушки по домикам» и пр.

Особое коррекционное значение имеют игры, направленные на использование вспомогательных средств. Например, предлагается достать нужный предмет с помощью веревки, палки и пр. В процессе таких игр перед ребенком ставятся задачи выявить внутренние связи предмета, проанализировать условия практической задачи, найти выход из проблемной ситуации, требующей применения вспомогательных средств, не забывая при этом учитывать особенности ситуации и, следовательно, соответствующие способы действия.

В таблице 1 представлены игры-занятия предметами-орудиями, которые можно использовать в психокоррекционной работе с детьми с психическим недоразвитием.

## Система игр-занятий с предметами-орудиями

Название игры	Содержание	Сенсорные процессы	Мыслительные процессы	Моторика
Игры и занятия со вспомогательными предметами	Переместить тележку за тесемку. Переместить каталку при помощи рукоятки	Восприятие сопереещения предметов	Обнаружение и использование статистических межпредметных связей	Удержание тесемки двумя руками. Движения рук к себе
	Придвинуть игрушку палкой к себе. Вытолкнуть игрушку палкой из трубы	Восприятие предметов в динамике их перемещений. Различение формы предметов, их пространственного расположения, развитие глазомера	Установление результативной динамической связи между предметами (с учетом формы и расположения предметов)	Координированные движения обеих рук
Игры и занятия с простейшими предметами-орудиями	Катать тележку с помощью палки с кольцом. Достать фигурку из коробки с помощью специальной ложки	Восприятие предметов в динамике. Развитие глазомера. Восприятие и сопоставление форм	Установление результативной динамической связи	Координированные движения рук
	Копать, насыпать в формочки и утрамбовывать крупу или песок	Восприятие предмета в динамике результативных изменений в предмете	Установление продуктивной динамической связи между несколькими предметами	Координированные и последовательные движения обеих рук
Игры- занятия с предметами-орудиями, имитирующими орудия труда	Забить молотком колышки или втулочки	Восприятие предметов в динамике результативных сопереещения и изменений. Выделение части и целого. Соотнесение форм	Установление продуктивной динамической связи между несколькими предметами для объединения их в целое с помощью орудия	Соподчиненное движение рук с выделением «вспомогательной» функции
	Завинтить винты вручную и отверткой. Собрать каталку вручную и отверткой	Восприятие изменений результативного характера. Соотнесение формы различение частей и целого. Выделение специфичного в предмете	Установление продуктивной динамической связи между предметами с целью их объединения	Соподчиненные координированные движения рук

Один из важных аспектов наглядно-образного мышления – способность ребенка действовать в уме, оперируя представленными образами. Требуется обучить этому детей с психическим недоразвитием, чтобы они могли находить правильный выход, не прибегая к практическим действиям с объектами. Это достигается в процессе разнообразных психотехнических игр с использованием картинок. Например, нужно достать предмет, изображенный на картинке. Психолог предлагает ребенку картинку и просит рассказать, как мальчик будет доставать воздушный шар с высокого шкафа в комнате.

Одной из наиболее сложных проблем, стоящих перед психологами и педагогами, работающими с детьми, страдающими умственной отсталостью, является переход от наглядно-чувственного познания к словесно-логическому. Опыт нашей работы показал, что с детьми с легкой степенью умственной отсталости целесообразно проводить психокоррекционные занятия по формированию у них элементарных логических операций: обобщение, анализ, синтез. В качестве предпосылки развития логических операций мы выбрали формирование у детей операции сравнения. В исследованиях отечественных и зарубежных психологов было доказано, что умственно отсталые школьники могут овладеть алгоритмом сравнения и научиться применять его в зависимости от ситуации (Ж. Шиф, 1965; В. Г. Петрова, 1969; Б. Брёзе, 1981 и др.).

Занятия проводились поэтапно.

Первый этап – обучение ребенка сравнению предметов с помощью анализа их элементов. Психолог совместно с ребенком анализирует различия в предметах по отдельным признакам. Например, при сравнении коровы и козы психолог обращает внимание на их различие (величина, длина рогов, цвет и пр.).

Второй этап – обучение ребенка сопоставлению отдельных признаков объектов в зависимости от определений «одинаковый – различный». Например, психолог показывает ребенку картинки животных и просит определить, что в них одинаковое и чем они отличаются друг от друга.

Третий этап – обобщение сравниваемых признаков. Например, требуется найти и сложить в одну группу подходящие друг к другу картинки, игрушки и пр.

Занятия могут проводиться индивидуально или в небольшой группе детей, в игровой форме с использованием предметно-практических манипуляций. Например, ребенок ищет различия между геометрическими формами, и для закрепления усвоенного ему рекомендуется разложить их в соответствующие ячейки.

Важным принципом психокоррекции детей с психическим недоразвитием является деятельностный подход. Сам процесс психокоррекции должен проходить в рамках того вида деятельности, которая доступна ребенку с интеллектуальной недостаточностью. Если у ребенка не сформирована игровая деятельность, то психокоррекцию необходимо проводить в предметно-практическом контексте.

Вторым, не менее важным, принципом является комплексный подход к психокоррекции детей с психическим недоразвитием. Соблюдение этого принципа требует тесного контакта психолога с педагогом-дефектологом, логопедом, врачом, воспитателем и родителями.

Третьим, наиважнейшим, принципом является иерархический принцип. Психолог в процессе коррекции должен ориентироваться не только на уровень актуального развития ребенка, но и его потенциальные возможности.

## ГЛАВА 4.

### ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

#### КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

В детском возрасте замедленный темп психического развития встречается значительно чаще, чем психическое недоразвитие. Обычно задержки психического развития (ЗПР) диагностируются у детей к окончанию дошкольного возраста или при поступлении в школу. ЗПР проявляется: а) в пониженном общем запасе знаний; б) в ограниченности представлений; в) в малой интеллектуальной целенаправленности.

Клинико-психологическое изучение детей с задержкой психического развития начато сравнительно недавно. Первым значительным исследованием в этой области была монография А. Штрауса и Л. Летинен (A. Strauss, L. Lehtinen, 1947). Авторы описывали особенности психического развития детей с минимальными повреждениями мозга. В числе этих особенностей отмечались следующие: стойкие трудности в обучении, неадекватное поведение, но сохранные интеллектуальные возможности. Авторы подчеркивали, что необходимо отличать таких детей от умственно отсталых. Другие исследователи указывали на то, что интеллектуальная недостаточность у детей с ЗПР является вторичной, обусловленной нарушениями предпосылок интеллекта памяти, внимания, речи, эмоционально-волевых и других характеристик личности (К. Jaspers, 1963).

В нашей стране в конце 60-х годов появляются первые клинические и педагогические исследования проблемы ЗПР. Г. Е. Сухарева для обозначения состояний, определяющих стойкую школьную неуспеваемость, но отличающихся от легких форм умственной отсталости, предложила термины «задержки психического развития» и «задержки темпа психического развития». Эта группа, по мнению автора, разнородна по этиологическим, патогенетическим и клиническим параметрам. Наряду с обратимыми состояниями в состав группы детей с ЗПР входят случаи с более стойкой интеллектуальной недостаточностью. Исходя из этио-патогенетических принципов, Г. Е. Сухарева выделяет формы нарушений интеллектуальной деятельности у детей с «задержкой темпа психического развития». Это:

- 1) интеллектуальная недостаточность в связи с неблагоприятными условиями среды, воспитания или патологией поведения;
- 2) интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- 3) нарушения при различных формах инфантилизма;
- 4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;
- 5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы (Сухарева, 1965).

М. С. Певзнер также рассматривала «задержки психического развития» вне рамок умственной отсталости, как самостоятельную группу заболеваний и состояний. В группу ЗПР она включала разные варианты инфантилизма (психофизического и психического),

интеллектуальные нарушения при церебральных состояниях, дефектах слуха, речи, отклонениях в характере и поведении.

В отечественной психопатологии и психиатрии классификация ЗПР строится на этиопатогенетическом принципе, когда форма ЗПР определяется причиной ее возникновения. В. В. Ковалев выделяет четыре основные формы ЗПР. Это:

- дизонтогенетическая форма ЗПР, при которой недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного психического развития ребенка;
- энцефалопатическая форма ЗПР, в основе которой лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;
- ЗПР в связи с недоразвитием анализаторов (слепота, глухота, недоразвитие речи и пр.) и обусловленная действием механизма сенсорной депривации;
- ЗПР, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (педагогическая запущенность) (Ковалев, 1979).

Внутри каждой формы автор выделяет различные варианты. В работах К. С. Лебединской выделяются четыре основных варианта ЗПР:

- конституционального происхождения;
- соматогенного происхождения;
- психогенного происхождения;
- церебрально-органического генеза.

Каждый из этих типов может быть осложнен соматическими, энцефалопатическими, неврологическими и другими заболеваниями и иметь свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоционально-волевой сферы и нарушений познавательной деятельности.

Следует подчеркнуть, что существенных различий в классификациях ЗПР по Г. Е. Сухаревой, К. С. Лебединской и В. В. Ковалеву не наблюдается. Все они построены по этиопатогенетическому принципу. Во всех представлены дизонтогенетические формы (инфантилизм) и энцефалопатические формы (ЗПР церебрально-органического генеза), выделены задержки психического развития, обусловленные педагогической запущенностью и депривацией.

В 60-е годы появляются первые психолого-педагогические исследования задержки психического развития у детей. В этих работах подчеркивались трудности, наблюдаемые у этих детей при овладении чтением, письмом, математикой. Отмечалась недостаточная сенсомоторная координация, общая моторная неловкость, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, неустойчивость внимания, повышенная утомляемость (Т. А. Власова, М. С. Певзнер, 1967). Специальные исследования психических процессов у детей с ЗПР выявили сложности приема и переработки информации, снижение объема кратковременной и долговременной памяти, слабое развитие опосредованного запоминания (Т. В. Егорова, 1973). Были выявлены нарушения речевого развития, которые проявляются в сниженном словарном запасе, в трудностях определения слов, недоразвитии грамматических обобщений (Н. А. Ципина, 1972; С. Г. Шевченко, 1974 и др.). Кроме психолого-педагогических исследований появились нейро-психологические исследования, в которых тщательно анализировались структура и динамика нарушений гностических процессов у детей с ЗПР церебрально-органического генеза (Марковская, 1977). В 1984 году вышла в свет первая отечественная монография «Дети с задержкой психического развития» под редакцией

Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. В этой коллективной работе на большом экспериментальном материале раскрывается своеобразие гностических процессов у детей с ЗПР. В последние годы опубликовано большое количество работ по проблемам психологической диагностики, коррекции детей с ЗПР. В психолого-педагогических исследованиях отмечается, что в структуре психического дефекта у детей с ЗПР на первый план выступают незрелость эмоционально-волевой сферы с нерезко выраженными интеллектуальными нарушениями, а также замедленное развитие интеллектуальных процессов (Т. В. Егорова, 1973; Г. И. Жаренкова, 1972; В. И. Лубовской, 1971; Л. И. Переслени, 1976; П. Б. Шошин, 1972 и др.). Несмотря на широкий научно-практический интерес психологов к данной проблеме, большинство исследований проводится без учета клинических и этиологических факторов, определяющих форму и структуру дефекта при задержках психического развития. Клинико-психологическая структура каждого варианта ЗПР отличается своеобразным соотношением интеллектуальных и эмоционально-волевых нарушений, что требует дифференцированного подхода к анализу структуры этих двух сфер у детей с ЗПР. Рассмотрим особенности психического развития детей с ЗПР, опираясь на классификацию К. С. Лебединской (Лебединская, 1982).

ЗПР конституционального **происхождения** наблюдается у детей с психофизическим и психическим инфантилизмом. Термин «инфантилизм» был введен французским невропатологом Е. Lasegue в 1864 г. для обозначения сохраняющихся у некоторых взрослых людей физических и психических признаков, свойственных детям. Немецкий психиатр G. Anton в 1908 г. применил этот термин по отношению к детям с задержкой психического развития. В психопатологии термин «психический инфантилизм» означает личностную незрелость. Выделяются две формы психического инфантилизма: простой и осложненный (Ковалев, 1979; Власова и Певзнер, 1967; Певзнер, 1982 и др.). Термин «простой психический инфантилизм» означает состояние психической незрелости, главным образом, эмоционально-волевых свойств личности, без дополнительных психопатологических синдромов (Ковалев, 1985). При простом психическом инфантилизме психическая незрелость охватывает все сферы психики ребенка, в том числе и интеллектуальную. Однако в структуре психического дефекта преобладает эмоционально-волевая незрелость. Эмоциональная сфера находится у таких детей как бы на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста. Это проявляется в повышенной эмоциональности, в неустойчивости, в преобладании игровых интересов над учебными, в чрезмерной зависимости от близких.

В некоторых случаях у детей отмечается общая незрелость, задержка роста, отставание в физическом развитии. Такое пропорциональное сочетание психической и физической незрелости Г. Е. Сухарева обозначала как «гармонический инфантилизм» (Сухарева, 1959, 1965). По мнению автора, возрастная динамика гармонического инфантилизма относительно благоприятна. При правильной организации учебно-воспитательной работы эти дети догоняют своих сверстников в общем психическом развитии. В. В. Ковалев отмечает, что незрелость эмоционально-волевых свойств личности у детей с гармоническим инфантилизмом в пубертатном возрасте нередко сменяется личностной дисгармонией (Ковалев, 1979).

Интеллектуальная недостаточность у детей с неосложненным инфантилизмом имеет вторичный характер, определяемый отставанием в созревании компонентов формирующейся



личности. Это проявляется в преобладании конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим. При выполнении интеллектуальных задач у школьников наблюдается недостаточная целенаправленность, склонность к подражательной деятельности (З. И. Калмыкова, 1978; Т. В. Егорова, 1973; Лебединский, 1985). Особые трудности испытывают дети с инфантилизмом в начале обучения в школе. Им трудно длительно сосредотачиваться на задании, усидеть на уроке, подчиняться правилам дисциплины (М. С. Певзнер, 1982).

Простой психический инфантилизм в практике встречается достаточно редко. Значительно чаще наблюдается осложненный психический инфантилизм, сочетающийся с другими психопатологическими синдромами и симптомами. Внутри этой группы выделяется дисгармонический инфантилизм и органический инфантилизм.

Дисгармонический инфантилизм проявляется в сочетании психического инфантилизма с отдельными патологическими чертами характера, такими как эффективность, возбудимость, эгоцентризм и пр. (Сухарева, 1959). Ковалев подчеркивает, что у детей с дисгармоничным инфантилизмом с возрастом формируется психопатии преимущественно истероидного, неустойчивого и возбудимого типа (Ковалев, 1985).

Органический инфантилизм характеризуется сочетанием психического инфантилизма с психоорганическим синдромом (Сухарева, 1965; Мнухин, 1968; Лебединская, 1982; Лебединский, 1985 и др.). Как правило, этот вид инфантилизма возникает в связи с последствиями ранних органических повреждений головного мозга разного генеза, чаще всего вследствие мозговых инфекций или травм. Ковалев рассматривает органический инфантилизм как форму резидуально-органической психической патологии смешанного (дизонтогенетически-энцефалопатического) патогенеза (Ковалев, 1979). В клинической картине как и при простом инфантилизме имеются признаки незрелости эмоционально-волевой сферы, непосредственность, повышенный интерес к игровой деятельности, но в сочетании с пограничной интеллектуальной недостаточностью, обусловленной нарушением ряда предпосылок интеллектуальной деятельности: внимания, памяти, психической работоспособности (Ковалев, 1985). С возрастом у таких детей более отчетливо наблюдается интеллектуальная недостаточность, которая проявляется в снижении школьной успеваемости. У части детей наблюдаются психопатоподобные и неврозоподобные реакции. Внутри осложненного инфантилизма В. В. Ковалев выделяет отдельные варианты: церебрастенический, невропатический, диспропорциональный, эндокринный, психогенный варианты (Ковалев, 1985).

В исследованиях психологов было выявлено, что недостаточная целенаправленность, повышенная эмоциональность детей с неосложненным инфантилизмом негативно отражается на формировании познавательных процессов. Например, в исследованиях особенностей восприятия у младших школьников с неосложненной формой инфантилизма наблюдалась низкая скорость выполнения перцептивных задач и недостаточное развитие ориентировочной основы деятельности, что затрудняло выбор эффективной стратегии при решении перцептивных задач (Сафади Хасан, 1997).

Особое место в структуре задержки психического развития у детей с инфантилизмом занимает выраженная истощаемость внимания, особенно при интеллектуальных нагрузках. В процессе игровой деятельности продуктивность внимания у них улучшается, что говорит о зависимости интеллектуальной продуктивности у детей с инфантилизмом от мотивации.

Исследования памяти детей с психическим инфантилизмом показало, что у них более высокий уровень развития зрительной памяти в сравнении со слухоречевой. Многие дети испытывали существенные трудности в организации мнемической деятельности и контроле. Например, в процессе игры эффективность запоминания у них была значительно выше. Эти данные подчеркивают положительную роль установки в эффективности мнемических процессов у детей с инфантилизмом (Сафади Хасан, 1997).

Незрелость эмоционально-волевой сферы у детей с психическим инфантилизмом проявляется в особенностях их мыслительной деятельности. У них наблюдается преобладание конкретно-образного мышления над абстрактно-логическим. Исследования показали достаточную сформированность мыслительных операций, но неравномерную познавательную активность, что снижает продуктивность их интеллектуальной деятельности (Лебединский, 1985).

При осложненном психическом инфантилизме в клинической картине, наряду с чертами детскости, незрелости психики, отмечается ряд других патологических проявлений. При психологическом исследовании наблюдаются трудности переключения внимания, сниженный объем памяти как в зрительной, так и в слуховой модальностях, тугоподвижность мыслительных операций, недоразвитие зрительно-пространственных функций (Ковалев, 1979; Лебединский, 1985; Мамайчук, Трошихина, 1997 и др.). Обучение в массовой школе у таких детей вызывает значительные трудности, как правило, они обучаются в классах для детей с ЗПР или во вспомогательных школах.

Исследования личностных особенностей детей с психическим инфантилизмом выявило их дисгармоничную структуру, неадекватную самооценку, неадекватные способы эмоционального реагирования на конфликтную ситуацию. Причем наиболее стойкие личностные нарушения наблюдались у детей с осложненным психическим инфантилизмом. В отличие от младших школьников с неосложненным инфантилизмом у детей с органическим инфантилизмом наблюдалось достоверное снижение показателя адаптации, склонность к повышенной фиксации на источнике конфликта, неадекватные способы разрешения конфликтной ситуации, а также примитивные способы психологической защиты (регрессия, вытеснение).

Соматогенная форма задержки психического развития была выделена еще в работах Г. Е. Сухаревой. При ряде хронических соматических заболеваний могут наблюдаться массивные интоксикации (например, при заболевании почек, печени, онкологических заболеваниях) и явления гипоксии (легочные и сердечно-сосудистые заболевания). Это приводит к нарушению деятельности развивающегося мозга ребенка. Одной из наиболее распространенных форм реагирования центральной нервной системы ребенка на интоксикацию или гипоксию является астения.

Астения (от греч. – *asthenela*) означает физическую и психическую слабость, бессилие. Астения это одна из распространенных, хотя и не единственная форма реагирования центральной нервной системы на самые разнообразные внешние и внутренние вредности: психогенные, травматические, соматогенные и др. Традиционно выделяются четыре наиболее типичных компонента астении: раздражительность, слабость, расстройства сна, вегетативные нарушения (цит. по: Николаева, 1987). Каждый из этих компонентов входит в три основные формы астенических состояний: гиперстензия, синдром

раздражительной слабости, гипостенический синдром (синдром истощения). У детей с хроническими соматическими заболеваниями гиперстензия проявляется в повышенной утомляемости, что в значительной степени снижает уровень их поисковой активности. Раздражительная слабость проявляется у них в капризности, в немотивированных криках, в неустойчивом сне. Синдром истощения наглядно проявляется в процессе деятельности ребенка, например в предметно-практической деятельности.

Наблюдение за детьми раннего возраста с хронической почечной недостаточностью и врожденными пороками сердца показало значительное снижение у них количества предметно-практических манипуляций в сравнении со здоровыми детьми. Главным показателем астенического синдрома является нарушение работоспособности. Общее нарастающее утомление у ребенка негативно отражается на мотивационно-потребностной сфере, что значительно снижает его познавательную активность. Все это является важной предпосылкой формирования задержки психического развития у ребенка.

В структуре особенностей психического развития у детей с соматогенной формой ЗПР, так же как и при психическом инфантилизме, наблюдается эмоциональная незрелость. Однако если при психофизическом инфантилизме эмоциональная незрелость обусловлена, как правило, незрелостью мозга, то при соматогенной форме ЗПР причиной эмоциональной незрелости чаще всего являются длительные хронические заболевания, которые в значительной степени тормозят развитие активных форм деятельности и способствуют формированию таких личностных особенностей, как боязливость, робость, неуверенность в своих силах. Постоянная астения, наблюдаемая у детей в связи с длительными соматическими недугами, способствует нарушению динамики психических процессов, что проявляется у них в колебании внимания, в сниженной способности к концентрации внимания, в снижении объема памяти, особенно в слухоречевой модальности, в инертности мыслительных процессов (Лебединский, 1985; Николаева, 1987; Мамайчук, 1990 и др.). Наряду с изменением динамики психических процессов у некоторых детей наблюдаются затруднения при выполнении сложных обобщений, склонность к детализации, т. е. недоразвитие операциональных компонентов мышления.

Кроме астенических состояний патогенное влияние на развитие познавательных процессов и личности у детей с хроническими соматическими заболеваниями оказывают такие факторы, как госпитализм, ранняя социальная депривация в связи с болезнью, неадекватные стили семейного воспитания больного ребенка.

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания ребенка.

К ним относится ранняя психическая и социальная депривация, которая наблюдается у большинства безнадзорных детей и детей-сирот, воспитывающихся в учреждениях закрытого типа. Исследования особенностей психического развития детей, воспитывающихся вне семьи, проведенные отечественными психологами, показали, что уже в младенческом возрасте у них резко снижена потребность в общении. Сам процесс общения характеризуется недостаточным развитием коммуникативных средств. Во втором полугодии жизни, в отличие от детей, воспитывающихся в семьях, у них не наблюдается аффективно-личностной связи со взрослыми, что приводит к снижению познавательной активности. В возрасте двух-трех лет наблюдается апатичность, безынициативность, эмоциональная

нев्यразительность, пониженная любознательность, отставания в развитии речи. Кроме того, авторы отмечают эмоциональное отчуждение и несформированность самостоятельности как свойства личности. В дошкольном возрасте снижена эмоциональность, пассивность, отсутствие сопереживания по отношению к другим сочетается с импульсивностью, с нарушением образа «Я». Исследование особенностей общения воспитанников детского дома показало, что они испытывают высокую потребность в общении со взрослыми. Контакты их между собой были слабее, чем у дошкольников, воспитывающихся в семьях. Авторы отмечают, что в дошкольном возрасте эти дети испытывают выраженное стремление к вниманию и доброжелательности со стороны взрослых, тянутся к непосредственному эмоциональному контакту со взрослыми, что у детей, воспитанных в семье, наблюдается еще на первом году жизни.

В младшем школьном возрасте у воспитанных вне семьи детей наблюдается дисгармоничность в интеллектуальной сфере, неразвитость произвольных форм поведения, повышенная конфликтность, агрессивность. Они одновременно испытывают сильную потребность в положительном отношении к себе со стороны взрослых и неудовлетворенность в потребности интимно-личностного общения. В подростковом возрасте у таких детей часто преобладают неадекватная самооценка, конфликтность, слабая ориентация на будущее, причем многие личностные качества сохраняются у них на всю жизнь (Психическое развитие воспитанников детского дома, 1990). Итак, выраженное снижение познавательной активности, наблюдаемое у детей, воспитывающихся вне семьи, негативно отражается на их интеллектуальной продуктивности. Например, анализ развития предметно-практической деятельности показал, что у детей-сирот преддошкольного возраста наблюдается: а) отсутствие инициативы в действиях с предметами, что проявляется в примитивных манипуляциях с ними; б) амбивалентное отношение к предметам, когда ребенка интересуют предметы, но он не знает, что с ними делать; в) уплощенный эмоциональный фон при взаимодействии с предметами; г) в особо тяжелых случаях – страх перед новыми незнакомыми предметами (Там же, с. 141). Авторы справедливо подчеркивают, что задержка и деформация ситуативно-личностного и ситуативно-делового общения со взрослым у воспитанников детского дома отрицательно отражается на развитии у них операционально-технической стороны предметных действий, познавательной активности и игровой деятельности способности у ребенка.

При своевременно начатой и правильно направленной психокоррекционной работе с детьми интеллектуальная продуктивность у них значительно повышается (Мамайчук, Трошихина, 1997).

Психогенные задержки психического развития у ребенка могут возникнуть не только в результате ранней психической и социальной депривации ребенка, но и в психотравмирующих условиях воспитания. Эти условия способствуют формированию таких характерологических особенностей как робость, боязливость, неуверенность. Это проявляется в отсутствии у ребенка инициативы, самостоятельности и крайне негативно отражается на познавательной активности ребенка или подростка. Примером является ситуация в семье, когда доминантная мать, патологически фиксированная на успехах ребенка в школе, постоянно следит за выполнением уроков, заставляет ребенка переписывать, переучивать домашнее задание, излишне контролирует каждый шаг ребенка.

У детей вследствие такого патологизирующего стиля воспитания резко снижается мотивация учебной деятельности, и уже к концу младшего школьного возраста у ребенка резко снижается познавательная активность и формируется вторичная задержка психического развития.

Психологические исследования показывают, что у детей с психогенной формой ЗПР не наблюдается грубых нарушений предпосылок интеллекта: внимание, память, работоспособность, зрительно-пространственные функции. Главным системообразующим фактором, лежащим в основе задержки их развития, является снижение мотивации учебной деятельности, что в значительной степени тормозит их познавательную активность и снижает интеллектуальную продуктивность (Лебединский, 1985; Маан, 1995 и др.).

Задержка психического развития церебрально-органического генеза наиболее часто встречается в детском возрасте и отличается большей выраженностью нарушений высших корковых функций в сравнении с другими формами ЗПР. Причиной данной формы ЗПР является органическое поражение центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. В западной литературе эта форма ЗПР описывается как «ранний детский органический синдром», «минимальная мозговая дисфункция».

Интеллектуальная недостаточность в данной группе связана главным образом с нарушениями интеллектуальной деятельности и предпосылок интеллекта, что обусловлено остаточными явлениями органического поражения головного мозга вследствие мозговых инфекций и травм.

Возрастная динамика психического развития детей с ЗПР церебрально-органического генеза определяется как тяжестью поражения центральной нервной системы, так и временем возникновения дефекта. У большинства детей уже на первом году жизни наблюдается замедленный темп созревания психических функций, однако он менее выражен, чем у детей с психическим недоразвитием. Церебрально-органическая недостаточность определяет структуру психического дефекта и становится очевидной как в нарушении эмоционально-волевой сферы, так и в развитии познавательных процессов.

В исследованиях клиницистов и психологов подчеркивается сложная иерархия структуры нарушений познавательной деятельности при ЗПР церебрально-органического генеза. Это проявляется в дефицитности «предпосылок» интеллекта, а именно: памяти, внимания, пространственного гнозиса, праксиса и речи. Ряд авторов отмечают выраженные нарушения темпа восприятия у детей с ЗПР церебрально-органического генеза. Это проявляется в замедленности процессов приема и переработки сенсорной информации (П. Б. Шошин, 1972; Л. И. Переслени, 1976 и др.). Кроме того, у подавляющего большинства детей с задержкой церебрально-органического генеза наблюдаются трудности синтеза воспринимаемых объектов, что обусловлено нарушениями интерсенсорной и сенсомоторной интеграции и координации (Мамайчук И. И., Мендоса Х., 1989 и др.).

Церебральная астения, которая присутствует при ЗПР церебрально-органического генеза, проявляется в повышенной утомляемости, в недоразвитии свойств внимания и памяти. В сравнении с другими формами ЗПР у них наблюдается выраженное недоразвитие устойчивости, точности и распределения (Сафади Хасан, 1997). Качественный анализ показал разнообразные нарушения памяти у детей с ЗПР церебрально-органического генеза: повышенная заторможенность следов памяти и внутренней интерференции, уменьшение объема памяти и скорости запоминания (Там же).

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ЗПР ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Изучение многоуровневой иерархической организации психических процессов и функций при задержке психического развития требует не только возрастного, но и тщательного структурного нейропсихологического анализа. Исследования детских нейропсихологов проводилось в двух основных направлениях:

– изучение очаговых поражений мозга у детей на различных этапах онтогенеза (Семерницкая, 1985);

– изучение комплекса нарушений высших психических функций, складывающегося из дизонтогенетических симптомов (Марковская, 1977, 1982; Корнев, 1991; Мамайчук, 1992; Микадзе, Корсакова, 1994; Пылаева, Ахутина, 1997; Семенович, 1999; и др.).

В нейропсихологии накоплен обширный материал о различиях в проявлениях нарушений психических функций у взрослых и детей при сходных очаговых органических мозговых нарушениях. Этот факт согласуется с концепцией Л. С. Выготского об изменении психологической структуры и внутренней природы психологических процессов в онтогенезе (Выготский, 1956). В исследовании Э. Г. Семерницкой (1985) на основе обобщения результатов нейропсихологического исследования психических процессов при повреждениях головного мозга в детском возрасте были подтверждены положения Л. С. Выготского о том, что мозговые механизмы, обеспечивающие осуществление психических функций, у детей являются иными, чем у взрослых, и в процессе онтогенетического развития изменяется не только структура психической функции, но и ее мозговая организация. Автор убедительно доказала, что функциональная неравнозначность различных отделов головного мозга в детском возрасте отчетливо выступает как на межполушарном, так и на внутриволновом уровне. Мозговая организация психических процессов не остается неизменной в онтогенезе и претерпевает ряд существенных перестроек. С наибольшей отчетливостью возрастная динамика функциональной организации мозга проявилась при анализе механизмов межполушарного взаимодействия. Автор отмечает, что при поражении левого полушария у детей правое полушарие не испытывает тормозящего влияния со стороны патологического очага, оно имеет у детей больше возможностей для смягчения и компенсации речевых расстройств, чем у взрослых.

В процессе онтогенеза изменяются механизмы и внутриволнового взаимодействия. Проводя нейропсихологический анализ памяти у детей с очаговыми поражениями мозга, Семерницкая выявила высокую корреляцию снижения объема слухоречевой памяти с поражением левой височной доли. В перцептивной сфере была отмечена связь нарушения зрительного восприятия с поражением затылочной доли и нарушения зрительно-конструктивной деятельности с поражением теменной доли.

Нейропсихологический подход при изучении высших психических функций у детей с очаговыми поражениями головного мозга позволил приблизиться к решению важнейших вопросов, связанных как с общими принципами мозговой организации психических процессов, так и с закономерностями ее формирования в онтогенезе. На основе нейропсихологического анализа автор убедительно доказала, что онтогенетическое развитие высших корковых функций предполагает не столько дифференциацию, сколько интеграцию различных отделов головного мозга, обеспечиваемую развитием межполушарных и внутриволновых связей.

Нейропсихологические исследования детей с ЗПР церебрально-органического генеза, проведенные отечественными психологами, позволяют более дифференцированно подойти к анализу структуры дефекта их познавательной деятельности (Марковская, 1982; Лебединский, 1985; Микадзе, Корсакова 1994; Мамайчук, Симонова, 1997; Л. М. Шипицына, 1997 и др.).

И. Ф. Марковская (1982) провела тщательное нейропсихологическое исследование детей с задержкой психического развития церебрально-органического генезиса. Были выделены две группы детей: в первую группу вошли дети с преобладанием незрелости морфофункциональных структур, во вторую группу – дети с более выраженной симптоматикой органического повреждения мозговых структур. В первой группе наблюдался синдром психического инфантилизма, а во второй – психоорганический синдром с преобладанием нарушения интеллектуальных предпосылок в виде органической дефицитарности высших корковых функций.

Нейродинамические нарушения в первой группе характеризовались истощаемостью и нестойкостью психического тонуса, а во второй – повышенной истощаемостью и инертностью психических процессов.

В последующих нейропсихологических исследованиях неуспевающих младших школьников были выделены две причины, обуславливающие недостаточную сформированность отдельных функциональных систем психики ребенка (Микадзе, Корсакова, 1994). Первая из них обозначается авторами как «иррегулярность психического развития ребенка», т. е. отклонение от нормы, неподчиненность определенному порядку, неравномерность, возникающая в силу индивидуальных особенностей онтогенеза ребенка и не связанная с какими-либо органическими нарушениями. Второй причиной неуспеваемости считаются «минимальные мозговые дисфункции», при которых происходит изменение функционирования отдельных мозговых структур или мозга в целом. Авторы разработали специальные методы нейропсихологической коррекции.

Нейропсихологические исследования детей с отклонениями в сенсорном и интеллектуальном развитии показали, что с увеличением тяжести сенсорного и психического дефекта возрастает функциональная активность правого полушария, и гиперфункция правого полушария компенсирует дефицит функциональной активности левого полушария (Шипицына, 1997).

Особый интерес представляют исследования Т. Б. Глезерман (1983). Она изучала минимальные мозговые дисфункции у детей и их родственников с целью выявления генетического наследования некоторых форм нарушения высших корковых функций, связи между нейропсихологическими синдромами и структурно-уровневыми характеристиками интеллекта. Было обнаружено, что нейропсихологические особенности оказывают специфическое влияние на структуру интеллектуальных функций и опосредованно воздействуют на общий уровень умственного развития. Прямой связи между показателем интеллекта и характером дефекта у взрослых больных не наблюдается, при одинаковом уровне интеллекта могут быть различные по локализации и степени тяжести дефекты. Использование психометрических методов в сочетании с нейропсихологическими, предложенное Т. Б. Глезерман, имеет, на наш взгляд, важное значение при исследовании нейропсихологических синдромов у детей. Такой подход позволяет выявить не только уровневые, но и структурные характеристики интеллекта у каждого обследуемого,

определить значимость изучаемых высших корковых функций в общей структуре интеллекта, выделить характер дефекта, его локализацию и динамику.

Нами было проведено нейропсихологическое исследование 82 детей в возрасте от 7 до 10 лет с ЗПР церебрально-органического происхождения по следующим направлениям:

- 1) исследование гностических функций: зрительный, слуховой гнозис;
  - 2) исследование практических функций: конструктивный, кинестетический праксис;
  - 3) исследование умственной работоспособности: память в слуховой и зрительной модальностях, внимание;
  - 4) качественный анализ мыслительных процессов: особенности обобщений, умозаключений;
  - 5) исследование графических навыков: рисунки, письмо букв и цифр.
- Каждый блок включал несколько методик (см. табл. 2).

Таблица 2

**Основные составляющие нейропсихологического исследования**

Функциональный блок	Методики	Предмет оценки	Нейропсихологический фактор
1	2	3	4
<b>ГНОСТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ</b> <b>Зрительный гнозис</b>	1. Узнавание реальных объектов. 2. Узнавание реалистических изображений. 3. Узнавание контурных изображений. 4. Узнавание недорисованных контурных изображений. 5. Узнавание фигур Поппельмейтера (буквенный вариант)	Количество (процент) правильно названных объектов по каждому заданию	Перцептивный
<b>Слуховой гнозис</b>	1. Узнавание ритмов. 2. Повторение изолированных фонем		
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ</b> <b>Конструктивный праксис</b>	1. Кубики Косса (9-й субтест методики Векслера). 2. Методика Гольштейна-Ширера	Время и качество выполнения заданий: правильное воспроизведение размеров, пропорций фигур, наличие или отсутствие пространственных нарушений	Пространственный



1	2	3	4
<b>Зрительно-пространственный праксис</b>	1. Воспроизведение по образцу положения пальцев. 2. Перебор пальцев. 3. Проба Озерецкого. 4. Проба Хеда		
<b>УМСТВЕННАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ</b> <b>Зрительная память</b>	1. Объем кратковременной зрительной памяти (9 геометрических фигур). 2. Объем зрительной памяти при последовательном предъявлении картинок с неопределенными геометрическими фигурами и последующим их узнаванием. 3. Исследование кратковременной зрительной памяти при последовательном предъявлении 25 картинок. 4. Исследование посредованной памяти	Количество (процент) правильного воспроизведения объектов	Произвольная регуляция деятельности  Модально-специфический  Нейродинамический
<b>Слухоречевая память</b>	1. Запоминание цифр в возрастающем порядке (6-1 субтест методики Векслера). 2. Запоминание 10 слов (четыре предъявления). 3. Повторение коротких фраз. 4. Запоминание 20 слов в парах по смыслу	Количество (процент) правильно воспроизведенных слов	Модально-специфический
<b>Зрительно-слуховая память</b>	1. Запоминание слов при одновременном зрительном и слуховом восприятии	Объем правильно воспринимаемых слов (кривая памяти)	Нейродинамический

1	2	3	4
<b>Внимание</b>	1. Определение объема внимания (количество кругов в каждом секторе круга). 2. Концентрация внимания (корректирующая проба; буквенная и цифровая). 3. Переключение внимания (корректирующая проба). 4. Распределение внимания (пять таблиц Шульте)	Количество правильно воспроизведенных объектов. Индекс концентрации внимания и коэффициент успешности. Коэффициент успешности выполнения заданий	Модально-специфический, нейродинамический. Произвольная регуляция деятельности, нейродинамический
<b>МЫШЛЕНИЕ</b>	1. Исключение лишнего из четырех предметов. 2. Сравнение предметов (4-й субтест методики Векслера). 3. Составление последовательных умозаключений	Общее количество (процент) правильных ответов. Стеновые оценки и коэффициент успешности	Лобный и нейродинамические синдромы
<b>ГРАФИЧЕСКИЕ НАВЫКИ И УМЕНИЯ</b>	Рисунки: дом-дерево-человек	Оценки по инструкции и коэффициент успешности	Перцептивный, пространственный, произвольная регуляция деятельности

Анализ полученных эмпирических данных проводился по следующей схеме: 3 балла – выполнение заданий без ошибок; 2 балла – негрубые ошибки, связанные со скоростью выполнения задания, и замеченные, и самостоятельно исправленные ребенком; 1 балл – грубые ошибки при выполнении проб.

Количественная оценка проводилась следующим образом: а) подсчитывался средний балл за выполнение заданий; б) полученные оценки переводились в проценты и выводился коэффициент успешности (КУ) выполнения заданий; в) подсчитывался средний КУ для каждой пробы.

Качественный анализ ошибок включал в себя данные о динамических и временных параметрах деятельности ребенка, об особенностях реакции на допущенные ошибки, о его самостоятельности при их исправлении. Все это позволяет сделать вывод об уровне сформированности тех или иных психических функций, об их качественных особенностях, о степени выраженности их дефицитарности. Кроме того, можно оценить уровень сформированности таких компонентов психической деятельности, как самоконтроль и произвольная регуляция поведения, а также особенности мотивации и эмоционально-волевою устойчивости.

В контрольную группу вошли 60 здоровых успевающих школьников в возрасте от 8

до 14 лет. Были выделены три возрастные группы по 20 человек в каждой группе: младший школьный возраст (от 8 до 10 лет); средний школьный возраст (от 10 до 12 лет); старший школьный возраст (от 12 до 14 лет).

Анализ всех полученных данных нейропсихологического обследования здоровых школьников показал следующее:

– С возрастом у детей повышается эффективность в развитии гностико-праксических, мнемических, аттенционных и мыслительных функций.

– Использование нейропсихологических методик с ориентацией на качественный анализ психических функций позволяет выявить определенную гетерохронную в их развитии. Это проявляется в более высоком уровне развития зрительного гнозиса по сравнению со слуховым. Отмечается более высокое развитие зрительной памяти по сравнению со слухоречевой. На фоне достаточного развития конструктивного праксиса наблюдаются трудности пространственной организации и выполнение сложных моторных программ с опорой на пространственную память и речевую регуляцию, особенно в младшем школьном возрасте.

Данные, полученные при исследовании здоровых школьников, использовались нами для сравнения с результатами обследования детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза. На основе корреляционного и факторного анализа полученных эмпирических данных были выделены четыре группы детей с ведущим симптомокомплексом нарушений высших корковых функций.

У детей первой группы (29,2%) при незначительном церебрально-органическом поражении мозга в основе дефекта лежит нейродинамическая недостаточность, связанная, в первую очередь, с истощаемостью психических функций. Это проявлялось в слабой концентрации внимания, в снижении объема слухоречевой памяти. В целом успеваемость у детей этой группы была удовлетворительной. У детей второй группы (42,6%) прослеживались более грубые нейродинамические расстройства, которые проявлялись в инертности психических процессов. У детей третьей группы (24,3%) наблюдалась первичная дефицитарность отдельных корковых и подкорковых функций, например, выраженное недоразвитие зрительно-пространственного гнозиса и праксиса. У детей четвертой группы (3,9%) наблюдалось недоразвитие нейродинамических в сочетании с дефицитарностью отдельных функций. Эти дети испытывали существенные трудности в усвоении учебного материала. Полученные нами данные в целом совпадают с ранее проведенными исследованиями (Марковская, 1982).

В нейропсихологических исследованиях неуспевающих младших школьников были выделены две причины, обуславливающие недостаточную сформированность отдельных функциональных систем психики ребенка (Микадзе, Корсакова, 1994). Первая из них обозначается авторами как «иррегулярность» психического развития ребенка, что означает отклонение от нормального развития, неравномерность в развитии психических функций, которая возникает в силу индивидуальных особенностей онтогенеза ребенка, но при этом не связана с какой-либо патологией мозга или психики ребенка.

Второй причиной неуспеваемости являются «минимальные мозговые дисфункции мозга», при которых происходит изменение функционирования отдельных мозговых структур или мозга в целом. Авторы разработали специальные методы нейропсихологической диагностики и нейропсихологической коррекции.

Итак, при психологическом изучении детей с задержкой психического развития необходимо учитывать клиническую форму ЗПР, так как нарушения познавательных процессов (внимания, памяти, мышления, речи, праксиса) при различных клинических вариантах проявляются по-разному. Кроме того, важное место при психологическом анализе структуры психического дефекта, особенно у детей с ЗПР церебрально-органического генеза, принадлежит нейропсихологическому анализу.

Таблица 3

**Психологические параметры задержки психического развития**

Формы ЗПР	Клинико-психологические проявления	Нейропсихологические особенности
Психофизический инфантилизм	Относительная сформированность психических процессов, но замедленный темп их становления. Недоразвитие мотивации учебной деятельности. Личностная незрелость	Нарушение динамики умственной работоспособности. Снижение объема памяти и внимания вследствие недостаточной мотивации деятельности
Соматогенная форма ЗПР	Сформированность психических процессов. Астения, раздражительная слабость	Снижение динамики умственной работоспособности. Повышенная истощаемость внимания. Уменьшение объема памяти в зрительной и слуховой модальностях
Психогенная форма ЗПР	При сохранности психических процессов. Выраженное снижение мотивации учебной деятельности. Снижение продуктивности учебной деятельности в связи с патологическим развитием личности (тревожная мнительность, эгоцентризм и др.)	Возможна «иррегулярность» в психическом развитии. Неравномерное развитие психических процессов
ЗПР церебрально-органического генеза	Недоразвитие психических процессов и функций, что приводит к нарушению интеллектуальной продуктивности. Частичное (парциальное) недоразвитие отдельных психических функций	Нарушение умственной работоспособности. Недоразвитие устойчивости, переключения, объема внимания. Снижение объема внимания во всех модальностях. Недоразвитие ориентировочной основы деятельности. Недоразвитие зрительно-пространственного гнозиса и праксиса. Выраженная дефицитарность в развитии отдельных свойств: внимания, памяти, гнозиса, праксиса

Учитывая клинико-психолого-педагогические параметры, можно выделить четыре основные группы детей с ЗПР:

1. Дети с относительной сформированностью психических процессов, но со сниженной познавательной активностью. В этой группе наиболее часто встречаются дети с ЗПР вследствие психофизического инфантилизма и дети с соматогенной и психогенной формами ЗПР.

2. Дети с неравномерным проявлением познавательной активности и продуктивности. Эту группу составляют дети с легкой формой ЗПР церебрально-органического генеза, с выраженной ЗПР соматогенной формы и с осложненной формой психофизического инфантилизма.

3. Дети с выраженным нарушением интеллектуальной продуктивности, но со сформированной познавательной активностью. В эту группу входят дети с ЗПР церебрально-органического генеза, у которых наблюдается выраженная дефицитарность отдельных психических функций (памяти, внимания, гнозиса, праксиса).

4. Дети, для которых характерно сочетание низкого уровня интеллектуальной продуктивности и слабовыраженной познавательной активности. В эту группу входят дети с тяжелой формой ЗПР церебрально-органического генеза, у которых наблюдается первичная дефицитарность в развитии всех психических функций: внимания, памяти, гнозиса, праксиса и пр., а также недоразвитие ориентировочной основы деятельности.

### **ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ДИНАМИКА, ПСИХОТЕХНИКИ**

Основной целью психологической коррекции детей и подростков с задержкой психического развития является оптимизация их интеллектуальной деятельности за счет стимуляции их психических процессов и формирования позитивной мотивации на познавательную деятельность.

Важным принципом психологической коррекции познавательных процессов и личности детей является учет формы и степени тяжести задержки психического развития. Например, у детей с психофизическим инфантилизмом в структуре познавательного дефекта определяющая роль принадлежит недоразвитию мотивационной стороны учебной деятельности. Поэтому психокоррекционный процесс должен быть направлен на развитие познавательных мотивов. У детей с ЗПР церебрально-органического генеза наблюдается тотальное недоразвитие предпосылок интеллекта: зрительно-пространственного восприятия, памяти, внимания. В связи с этим коррекционный процесс должен быть направлен на формирование этих психических процессов, на развитие навыков самоконтроля и регуляции деятельности.

Для удобства анализа нарушения познавательной деятельности целесообразно выделить три основных блока психокоррекционного процесса: мотивационный, регуляторный и блок контроля.

*Таблица 4*

#### ***Направления и задачи психологической коррекции детей с различными формами ЗПР***

Наименование блока	Содержание блока	Психокоррекционные задачи	Формы ЗПР
1	2	3	4
Мотивационный блок	Неумение ребенка выделить, осознать и принять цели действия	Формирование познавательных мотивов: создать проблемные учебные ситуации; стимулировать активность ребенка на занятии. Обратить внимание на тип семейного воспитания. Приемы: создание игровых учебных ситуаций; дидактические и развивающие игры	Психофизический инфантилизм Психогенные формы ЗПР

1	2	3	4
Блок регуляции	Неумение планировать свою деятельность во времени и по содержанию	Обучить ребенка планированию своей деятельности во времени. Предварительно организовать ориентировки в заданиях. Предварительно проанализировать с ребенком используемые способы деятельности. Приемы: обучение детей продуктивным видам деятельности (конструированию, рисованию, лепке, моделированию)	Соматогенные формы ЗПР Органический инфантилизм ЗПР церебрально-органического генеза
Блок контроля	Неумение ребенка контролировать свои действия и вносить необходимые коррективы по ходу их выполнения	Обучить контролю по результатам. Обучить контролю по способу деятельности. Обучить контролю в процессе деятельности. Приемы: дидактические игры и упражнения на внимание, память, наблюдательность; обучение конструированию и рисованию по моделям	ЗПР церебрально-органического генеза Соматогенная форма ЗПР Психогенная форма ЗПР

Психокоррекционные занятия с детьми с ЗПР по развитию познавательных процессов могут проводиться как индивидуально, так и в группе. Важным является единство требований к ребенку со стороны педагога, психолога и других специалистов. Это успешно достигается при тщательном соблюдении режима дня, четкой организации повседневной жизни ребенка, чтобы исключить возможность незавершения начатых ребенком действий.

Произвольное внимание как специфическая высшая психическая функция проявляется у ребенка в способности контролировать, регулировать ход выполнения деятельности и ее результаты. В связи с этим возникает необходимость психологической коррекции внимания у детей в процессе деятельности, доступной им (игровой, учебной, общения). Опыт нашей работы показывает, что коррекция внимания успешно проводится в процессе группового взаимодействия детей в игре или на уроке. Кроме того, эти занятия может проводить не только психолог, но и учитель во время урока. Систематическое применение описанных ниже психотехнических приемов способствует формированию свойств внимания у детей.

Как уже отмечалось, при всех формах ЗПР наблюдается недоразвитие внимания. Специальные исследования психологов и педагогов показали, что различные свойства внимания оказывают неодинаковое влияние на успешность обучения детей по разным предметам. Например, при овладении математикой ведущая роль принадлежит объему внимания, а успешность усвоения русского языка связана с точностью распределения внимания, обучение чтению с устойчивостью внимания. Этот факт имеет важное значение в организации психокоррекционного процесса и подбора психотехнических приемов. Например, для формирования распределения внимания детям можно предъявлять тексты, а

для развития объема – цифры и математические задачи.

Кроме того, разные свойства внимания развиваются неодинаково и по-разному проявляются при различных формах ЗПР. Например, исследования показывают, что у детей с простым психофизическим инфантилизмом, соматогенной и психогенной формами ЗПР объем внимания существенно не отличается от здоровых детей (Сафади Хасан, 1997). Распределение и устойчивость внимания претерпевают значительные изменения не только у детей с ЗПР церебрально-органического генеза, но и у детей с другими формами ЗПР (Сафади Хасан, 1997 и др.).

Эффективность психологической коррекции внимания у детей с ЗПР в значительной мере определяется индивидуально-типологическими особенностями, в частности, свойствами их высшей нервной деятельности. Установлено, что разные сочетания свойств нервной системы могут способствовать или, напротив, препятствовать оптимальному развитию характеристик внимания (Небылицин, 1966; Платонов, 1986 и др.). Например, у детей с сильной и подвижной нервной системой наблюдается устойчивое, легко распределяемое и переключаемое внимание, а у детей с инертной и слабой нервной системой – неустойчивое, плохо распределяемое и переключаемое внимание.

Таким образом, в процессе психокоррекции необходимо учитывать не только форму ЗПР, а также индивидуально-типологические особенности каждого ребенка, а сам процесс коррекции Должен проводиться в контексте деятельности, доступной ребенку (учебная, игровая и пр.).

### ***Психотехнические приемы коррекции внимания у детей с ЗПР***

Психотехнические приемы, направленные на оптимизацию и стимуляцию внимания у детей с ЗПР, многообразны и использовать их можно не только в процессе занятий с психологом, а также в процессе учебной деятельности.

Одним из часто используемых приемов является словарный *диктант с комментированием*, который могут проводить педагоги на уроке с детьми младшего школьного возраста. Процедура заключается в следующем:

- 1) ведущий читает каждое слово только один раз;
- 2) дети могут взять ручки только после прослушивания комментариев;
- 3) ведущий внимательно следит за тем, чтобы дети не заглядывали в тетради друг к другу. Если ребенок не может записать слово после комментариев, ему разрешается сделать прочерк. При этом детей предупреждают, что прочерк приравнивается к ошибке;
- 4) перед началом работы целесообразно показать на нескольких примерах, как надо выполнять задание. Например, для комментированного письма выбрано слово «пересадили»;
- 5) ведущий читает это слово, а затем вызывает нескольких учащихся, каждый из которых называет поочередно приставку, корень, суффикс, окончание, объясняя попутно их правописание. После этого ведущий предлагает детям взять ручки и записать прокомментированное слово. Затем следует напоминание учащимся, чтобы они положили ручки, и начинается работа над следующим словом.

Комментированное письмо – достаточно сложная деятельность, в которой можно выделить 7 основных стадий: 1) первичное восприятие произносимого слова; 2) самостоятельный анализ правописания орфоэпического образа слова; 3) прослушивание

комментариев; 4) представление орфографии слова в соответствии с комментированием; 5) уточнение первичного анализа правописания с комментированием; 6) написание слова в соответствии с его орфографией; 7) проверка написанного слова в соответствии с комментированием (С. Н. Калининкова).

Этот метод имеет важное диагностическое значение. Успешность выполнения работы и характер допущенных ошибок позволяют психологу судить об организации внимания учащихся при групповом взаимодействии.

*Коррекция внимания у детей методом поэтапного формирования умственных действий.*

Одним из эффективных подходов к развитию внимания является метод, разработанный в рамках концепции поэтапного формирования умственных действий (П. Я. Гальперин, С. Л. Кобыльницкая, 1974). Согласно этому подходу, внимание понимается как идеальное, интериоризированное и автоматизированное действие контроля. Именно такие действия и оказываются несформированными у детей с задержкой психического развития.

Занятия по формированию внимания проводятся как обучение «внимательному письму» и строятся на материале текстов, содержащих разные типы ошибок «по невнимательности»: подмена или пропуск слов в предложении, подмена или пропуск букв в слове, слитное написание слова с предлогом и др. Как показали исследования авторов, наличие текста-образца, с которым необходимо сравнивать ошибочный текст, не является достаточным условием для точного выполнения заданий по обнаружению ошибок. Для преодоления глобального восприятия и формирования контроля за текстом нужно учить детей читать с учетом элементов на фоне понимания смысла целого. Вот как описывает П. Я. Гальперин этот основной и наиболее трудоемкий этап работы: «Детям предлагали прочесть отдельное слово (чтобы установить его смысл), а затем – разделить его на слоги и, читая каждый слог отдельно, проверить, соответствует ли он слову в целом. Подбирались самые разные слова (и трудные, и легкие, и средние по трудности). Вначале слоги разделялись вертикальной карандашной чертой, затем черточки не ставились, но слоги произносились с четким разделением (голосом) и последовательно проверялись. Звуковое разделение слогов становилось все короче и вскоре сводилось к ударениям на отдельных слогах. После этого слово прочитывалось и проверялось по слогам про себя («первый – правильно, второй – нет, здесь пропущено..., переставлено»). Лишь на последнем этапе мы переходили к тому, что ребенок прочитывал все слово про себя и давал ему общую оценку (правильно – неправильно; если неправильно, то разъяснял почему). После этого переход к прочтению всей фразы с ее оценкой, а потом и всего абзаца (с такой же оценкой) не составляли особого труда» (П. Я. Гальперин, 1974, с. 97–98).

Важным моментом процесса формирования внимания является работа со специальной карточкой, на которой выписаны правила проверки, порядок операций при проверке текста. Наличие такой карточки является необходимой материальной опорой для овладения полноценным действием контроля. По мере интериоризации и свертывания действия контроля обязательность использования такой карточки исчезает. Для обобщения сформированного действия контроля оно отрабатывается затем на более широком материале (картинки, узоры, наборы букв и цифр). После этого, при создании специальных условий,



контроль переносится из ситуации экспериментального обучения в реальную практику учебной деятельности. Таким образом, метод поэтапного формирования позволяет получить полноценное действие контроля, т. е. сформированность внимания.

Рассмотрим один из используемых авторами методов. Суть метода состоит в выявлении недостатков внимания при обнаружении ошибок в тексте. Выполнение этого задания не требует от детей специальных знаний и умений, а обеспечивается характером включенных в текст ошибок: подмена букв, подмена слов в предложении, элементарные смысловые ошибки.

Например, детям предлагаются следующие тексты:

«На Крайнем Юге нашей страны не росли овощи теперь растут. В огороде выросло много моркови. Под Москвой не разводили, а теперь разводят. Бешал Ваня по полю, да вдруг остановился. Грчи вютгнезда на деревьях. На новогодней елке висело много ик-рушек. Гров червей на пашне. Охотник вечером с охоты. В тетради Раи хорошие отлетки. Нашкольной площадке играли дети. Мальчик мчался на лошади. В траве стречет кузнечик. Зимой цвела в саду яблоня». «Старые лебеди склонили перед ним горые шеи. Зимой в саду расцвели яблони. Взрослые и дти толпились на берегу. Внизу над ними расстилалась ледяная пустыня. В ответ я киваю ему рукой. Солнце доходило до верхушек деревьев и тряталось за ними. Сорняки шипучи и плодовицы. Настоле лежала карта нашего города. Самолет сюда, чтобы помочь людям. Скоро удалось мне на машине» (Гальперин П. Я., Кобьльницкая С. Л., 1974).

Работа проводится следующим образом. Каждому ребенку дается отпечатанный на листочке текст и сообщается инструкция: «В тексте, который вы получили, есть разные ошибки, в том числе и смысловые. Найдите их и исправьте». Каждый ученик работает самостоятельно, на выполнение задания отводится определенное время.

При анализе результатов этой работы важным является не только количественный подсчет найденных исправленных и не обнаруженных ошибок, но и то, как ученики выполняют работу: сразу включаются в задание, обнаруживая и исправляя ошибки по ходу чтения; долго не могут включиться, при первом чтении не обнаруживают ни одной ошибки; исправляют правильное на неправильное и др.

Важное значение имеет психологическая коррекция *свойств внимания*, среди которых выделяются: объем внимания, распределение внимания, устойчивость внимания, концентрация внимания, переключение внимания.

### ***Психотехники, направленные на увеличение объема внимания***

Объем внимания – это количество элементов, одновременно воспринятых за один акт восприятия. При зрительной экспозиции объектов в течение 0,1 сек. человек в среднем может воспринимать 5–9 отдельных элементов (букв и т. п.). Недоразвитие объема внимания часто наблюдается у детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

Занятия с детьми можно проводить как индивидуально, так и в группе. Кроме того, ребенку рекомендуются самостоятельные занятия.

Рассмотрим для примера занятия по формированию объема внимания у детей младшего школьного возраста, предложенные А. Ф. Ануфриевой и С. Н. Костроминой, 1997.

*Оборудование:* эпидиаскоп, слайды со следующим содержанием:

*Задание 1*

Бессмысленные слова, содержащие от 3 до 9 согласных букв, например: РКБЛ КТЦМ ЖКПРЧ  
ДЗНТК КПТНСД ШРВТБЧ ДПВ ШГС

БМДРКЛФ МВХШТСГ СТПЦГВДК ЖГВПРМТК МВПКШЛЧХБ БРНЦДКСЧГ

*Задание 2*

Знакомые слова родного языка, содержащие от 4 до 16 букв, например:

СТОЛ, ЧАШКА, МАШИНА, КОНФЕТА, КАРАНДАШ, ТЕЛЕВИЗОР, МАГНИТОФОН,  
МОТОЦИКЛИСТ, КОМАНДИРОВКА.

ВАЗА, ПЛИТА, СОЛНЦЕ, ЧЕРНИЛА, ПИСТОЛЕТ, СПЕКТАКЛЬ, АВТОМОБИЛЬ,  
КОНСТРУКТОР, ВЕЛОСИПЕДИСТ

*Задание 3*

Предложения, содержащие от 5 до 16 букв, например:

Я БЕГУ ЧТО ТЫ

ДАЙ МНЕ Я ПЛЫВУ

ДЫМ ИДЕТ ЛЕНЬ МНЕ

ДВОР ЧИСТ ОДИН ВОИН

ЧТО ДЕЛАТЬ ПТИЦА ПОЕТ

УЧЕНЬЕ СВЕТ ДЕЛУ – ВРЕМЯ

ВСЕ ПО КОЛЕНУ ВОДА В РЕШЕТЕ

РАБОТА НЕ ВОЛК СЛОВО – СЕРЕБРО

СЧАСТЬЕ В ТРУДЕ ВСЕМ НЕ УГОДИШЬ

Слайды каждого задания показываются в порядке возрастания количества букв. На занятии можно использовать как одно задание из этой серии, так 2 и 3. Содержание занятий может меняться в зависимости от возрастных и клинико-психологических особенностей.

Упражнения по формированию объема внимания на цифровом материале.

*Оборудование:* Секундомеры, указки, 4 таблицы с числами. Количество чисел изменяется по мере увеличения объема внимания от занятия к занятию. Изначально таблицы включают числа от 1 до 9, затем их количество доводится до 25. Числа разбросаны в случайном порядке.

Таблицы

174325958693

952 186416258

368794372471

*Инструкция:* Сейчас я буду показывать тебе таблицы с числами. Как только я покажу первую таблицу, нужно как можно быстрее найти в ней числа в порядке возрастания, начиная с единицы. Ты должен показывать их указкой и называть вслух.

Психолог фиксирует время и количество допущенных ошибок.

*Игра «Пуговица»*

Играют два человека. Перед ребенком располагаются два одинаковых набора пуговиц, ни одна пуговица в наборе не повторяется. У каждого игрока есть игровое поле – квадрат, разделенный на клетки. Начинаящий выставляет на своем поле 3 пуговицы, второй игрок должен посмотреть и запомнить, где какая пуговица лежит. После этого первый игрок закрывает листом бумаги свое игровое поле, а второй должен расположить пуговицы на своем листе бумаги. Чем больше в игре используется клеток и пуговиц, тем сложнее становится игра. Эту игру можно использовать в работе по коррекции памяти, пространственного восприятия, мышления.

В практической психологии предлагается достаточно большое количество психотехник для развития объема внимания. (См: К. К. Платонов «Занимательная психология», 1964; Н. Н. Цзен и Ю. М. Пахомов «Психотехнические игры», 1988; Е. И. Рогов «Настольная книга практического психолога в образовании», 1996 и др.)

Недостаточная *концентрация внимания* проявляется в его неустойчивости, когда ребенок не может длительно сосредоточиться на задании и отвлекается на побочные раздражители. Недоразвитие концентрации внимания может наблюдаться при всех формах ЗПР, но чаще встречается у детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

Как правило, занятия на концентрацию внимания проводятся индивидуально или в небольшой группе детей. Необходимо проводить занятия в игровой форме.

*Оборудование:* секундомеры, специальные бланки: перепутанные линии, корректурные бланки (цифровые и буквенные), вырезки из текстов. Для проведения занятий можно использовать любые печатные тексты (старые ненужные книги, газеты и др.), карандаши и ручки. Для детей 6–11 лет желательно использовать тексты с крупным шрифтом.

Рассмотрим некоторые задания:

Корректурные задания

Ребенку предлагают находить и вычеркивать определенные буквы в печатном тексте. Перед началом выполнения заданий психолог дает соответствующую установку. Например: «Вот тебе шифровка, ты разведчик и должен как можно быстрее вычеркнуть отдельные буквы. От результата твоей работы зависит очень многое. После быстрого выполнения задания ты должен передать этот бланк своему товарищу, и он должен быстро найти допущенные ошибки».

Такая установка оптимизирует процесс работы ребенка, дает ему возможность развивать состояние внутреннего сосредоточения. Выполнение корректурных заданий способствует развитию концентрации внимания и самоконтроля при выполнении детьми с ЗПР письменных работ.

Корректурные упражнения с детьми с ЗПР должны проводиться ежедневно по 5 мин (минимум 5 раз в неделю) в течение 2–4 месяцев. Ребенку обязательно предлагаются домашние задания.

*Инструкция.* В течение 5 минут нужно найти и зачеркнуть все встретившиеся буквы «А» (можно указать любую букву).

По мере овладения заданием правила усложняются:

- меняются отыскиваемые буквы;
- по-разному зачеркиваются и др.;
- одновременно отыскиваются две буквы, одна зачеркивается, вторая подчеркивается;
- на одной строке буквы обводятся кружочком, на второй отмечаются галочкой и т. п.

Все вносимые изменения должны четко отражаться в инструкции, даваемой в начале занятия.

Опыт нашей работы показал, что уже после нескольких недель занятий у ребенка с ЗПР наблюдается сокращение количества ошибок в письменных заданиях.

Упражнения на концентрацию внимания целесообразно проводить в соревновательной форме. Например, группе из 3–5 человек психолог предлагает внимательно рассмотреть предметы, которые он последовательно предъявляет в течение 1–2 минут (ручка, карандаш, футляр, камешки, небольшая кукла, машинка и пр.). Затем эти предметы закрывают, и психолог предлагает детям подробно описать каждый предмет, его величину, форму, цвет и другие признаки. Дети описывают выделенные признаки на листе бумаги, затем психолог оценивает количество выделенных признаков каждым ребенком. Выигрывает тот, кто описал самое большое число признаков предметов.

Для развития концентрации внимания у детей можно использовать игру «Зеркало», в которой детям предлагается вслед за ведущим повторить его движения (как отдельные движения, так и их последовательность).

В процессе психологической коррекции необходимо использовать упражнения на концентрацию внимания не только в зрительной, но и в слуховой, осязательной и двигательной модальностях. Для коррекции концентрации внимания в слуховой модальности целесообразно использовать арифметические диктанты. Занятия проводятся с небольшой группой детей.

*Инструкция:*

«Сейчас я буду читать арифметические задачи. Вы должны решать их в уме. Получаемые вами числа также надо держать в уме. Результаты вычислений запишите только тогда, когда я вам скажу: "Пишите!"».

Содержание задач зависит от возраста и подготовленности детей. Например, задачи для детей первого класса:

«Даны два числа: 6 и 3. Сложите первое число и второе... и от полученного числа отнимите 2... Затем отнимите еще 4... Пишите!». (Ответ: 3).

Для детей более старшего возраста задачи усложняются:

Например: «Даны два числа: 56 и 92... вторую цифру первого числа разделите на вторую цифру второго числа... Полученное число умножьте на первую цифру второго числа... Пишите!». (Ответ: 27).

Рекомендуется детям самим придумывать задачи и в процессе игры задавать их друг другу.

Опыт нашей работы показал высокую эффективность таких упражнений для детей с ЗПР. Однако у детей с ЗПР церебрально-органического генеза выполнение этих упражнений вызывает значительные затруднения. В связи с этим необходимо соблюдение принципа от простого к сложному. На первых этапах психолог предлагает ребенку наиболее доступные для него задачи, правильное выполнение которых обязательно должно поощряться.

Аналогичные диктанты можно проводить на слоговом и буквенном материале. Например: ребенку предлагается слово «дерево». К пятой букве этого слова необходимо добавить шестую букву, а к ней затем добавить третью букву. Какое слово будет?

*Распределение внимания* – это способность ребенка выполнять две работы одновременно. Для его формирования можно использовать следующие упражнения.

*Задание 1*

Например, ребенку предлагается чтение небольшого предложения. Чтение сопровождается негромким постукиванием карандашом по столу. Ребенок должен запомнить текст и сосчитать количество ударов.

*Задание 2*

Ребенку предлагают вычеркнуть в тексте 1 или 2 буквы и в это же время ставят детскую пластинку с какой-либо сказкой. Потом проверяют, сколько букв ребенок пропустил при зачеркивании и просят рассказать, что он услышал и понял из сказки.

*Задание 3*

Распределение чисел в определенном порядке.

В левой таблице расположены 25 чисел от 1 до 40. Нужно переписать их в порядке возрастания в пустую таблицу справа, начиная ее заполнение с верхнего левого квадрата.

*Задание 4*

В психологической практике широко используется упражнение «Найди слова».

*Оборудование:* Карточки с написанными словами, в каждом из которых нужно отыскать другое, спрятавшееся в нем, слово.

Методика Мюнстерберга (и ее модификации). В бессмысленный набор букв вставляются

слова (чаще – существительные, но могут быть глаголы, прилагательные, наречия). Требуется отыскать их как можно быстрее и без ошибок. На выполнение всего задания отводится 5 мин. Показателем успешности может служить число правильно найденных слов и скорость выполнения задания.

Пример задания:

ЯФΟΥФСНКОТПХЪАБЦРИГЪМЩЮСАЭЫ!ЯЧЛОБИРЬ  
ШЖРЛРАКГДЗПМЫЛОАКМНПРСТУРФРШУБАТВВГДИЖСЯ  
ИУМАМАИДЧУЪПЩОЖБРПТЯЭЦБУРАНСГЛКЮГБЕИОПАЛ  
КАФСПТУЧОСМЕТЛАОУЖЪГЪЕЛАВТОБУСИОХПСДЯЗВЖ

*Переключение внимания* – это способность ребенка к более или менее легкому переходу от одного вида деятельности к другому. У детей с задержкой психического развития наблюдаются трудности переключения внимания. Для коррекции переключения внимания широко используются упражнения, имеющие в своей основе тест «Красно-черные таблицы», предложенный К. К. Платоновым.

#### *Задание 1*

Для занятий мы использовали таблицы с черными и красными числами в различных положениях. Занятие включает три этапа:

1 этап – рассмотреть таблицу и найти по порядку все числа черного цвета от 1 до 12;

2 этап – рассмотреть таблицу и найти все числа красного цвета в обратном порядке;

3 этап – необходимо поочередно искать числа черного цвета в прямом порядке, а красного – в обратном.

После того как ребенок достигнет удовлетворительных результатов, количество чисел можно увеличить до 16, затем до 24, затем до 40 и пр. Задания можно модифицировать, заменив числа буквами русского или латинского алфавита.

#### *Задание 2 «Каждой руке – свое дело»*

Детей просят левой рукой медленно перелистывать в течение 1 мин. книгу с иллюстрациями (запоминая их), а правой чертить геометрические фигуры или решать несложные примеры.

#### *Задание 3*

Коррекционные задания с чередованием правил вычеркивания букв.

Например, первые пять минут ребенок вычеркивает букву С, следующие пять минут – 3, затем поочередно вычеркивает букву С вертикальной линией, а 3 горизонтальной, еще через пять минут – наоборот.

#### *Задание 4 «Заметь все»*

Раскладывают в ряд 7–10 предметов (можно выставлять картинки с изображениями предметов на наборном полотне), которые затем закрываются. Приоткрыв предметы на 10 с, снова закрыть их и предложить детям перечислить все предметы (или картинки), которые они запомнили. Приоткрыв снова эти же предметы секунд на 8–10, спросить у детей, в какой последовательности они лежали. Поменяв местами два любых предмета, снова показать все на 10 с. Предложить детям определить, какие предметы переложены. Не глядя больше на предметы, сказать, какого цвета каждый из них. Можно придумать и другие варианты этой игры (убирать предметы и просить детей называть исчезнувший; располагать предметы не в ряд, а например, один на другом с тем, чтобы дети перечислили их по порядку снизу вверх, а затем сверху вниз и т. п.).

#### *Задание 5 «Ищи безостановочно»*

В течение 10–15 с. увидеть вокруг себя как можно больше предметов одного и того же цвета (или одного размера, формы, материала и т. п.). По сигналу учителя один ребенок начинает перечисление, другие его дополняют.

## ***Психологическая коррекция памяти у детей с ЗПР***

Как отмечалось выше, отклонения в развитии памяти являются характерным признаком для всех форм задержки психического развития. Специфика и степень тяжести мнемических нарушений в значительной степени зависит от формы ЗПР.

У детей с психофизическим инфантилизмом наблюдается:

- уменьшение объема и скорости запоминания;
- неумение рационально организовать и контролировать свою работу;
- преобладание зрительной памяти над слуховой.

У детей с ЗПР соматогенного происхождения отмечается:

- недоразвитие кратковременной памяти, что проявляется в снижении скорости запоминания, в медленном нарастании продуктивности запоминания;
- снижение объема памяти.

У детей с ЗПР церебрально-органического генеза наблюдаются разнообразные нарушения памяти:

- повышенная тормозимость следов под воздействием помех и внутренней интерференции;
- неумение рационально организовывать запоминаемый материал и контролировать его;
- уменьшение скорости запоминания;
- излишняя тормозимость следов за счет побочных факторов;
- недоразвитие памяти по модально-специфическому типу (недоразвитие зрительной или слуховой памяти);
- недоразвитие зрительно-пространственной памяти.

У детей с психогенной формой ЗПР выраженных нарушений памяти не наблюдается. Память у них отличается высокой избирательностью, и продуктивность запоминания в значительной степени зависит от мотивации. Однако для всех форм ЗПР есть одна общая особенность – это неумение детей с ЗПР рационально организовывать и контролировать процесс запоминания, а также применять различные мнемотехнические приемы. Главной задачей психокоррекционной работы с детьми с ЗПР является формирование у них специальных приемов запоминания, т. е. развитие логической памяти.

Традиционно различают кратковременную и долговременную память, а также виды памяти в зависимости от характера запоминаемого материала: моторную, зрительную, слуховую, логическую. Однако выделить эти виды памяти в чистом виде довольно сложно и возможно только в экспериментальных условиях. В учебной деятельности эти формы памяти выступают в единстве или в определенных сочетаниях, например: а) зрительная память необходима для выполнения работы по образцу: списывание с доски, работа с прописями, с последующим продолжением по памяти; б) слуховая память – для работы по словесной инструкции с указанием порядка выполнения задания: написание под диктовку элементов букв, рисование под диктовку геометрических узоров по клеточкам и т. п.; в) логическая память – для запоминания последовательности слов, которые могут быть объединены в смысловые группировки, последовательности действий в сюжетных рассказах и т. д.

*Психокоррекционные занятия по развитию памяти у детей с ЗПР можно проводить как в групповой, так и в индивидуальных формах. В настоящее время в практике разработано достаточно большое количество мнемотехнических приемов, направленных на стимуляцию и оптимизацию процессов памяти. Рассмотрим некоторые из них, которые были апробированы нами в процессе работы с детьми с различными формами ЗПР.*

*Задание 1.* Развитие способности детей к воссозданию мысленных образов.

Занятие проводится индивидуально, в два этапа.

На первом этапе ребенку необходимо использовать графическое изображение понятия.

Инструкция: «Попробуйте к каждому из названных слов сделать какой-либо рисунок».

Примерный перечень слов:

Серия 1 – грузовик, гнев, веселая игра, дерево, наказание, умная кошка, мальчик – трус, капризный ребенок, хорошая погода, интересная сказка.

На втором этапе ребенку предъявляются слова или фразы, которые он должен запомнить без рисунков.

Серия 2 – веселый праздник, темный лес, отчаяние, смелость, глухая старуха, радость, болезнь, быстрый человек, печаль, теплый вечер.

*Задание 2.* «Мысленные образы и эмоции».

Занятие проводится в небольшой группе детей.

Инструкция: «Я вам буду говорить фразы, а вы после каждой фразы закрывайте глаза и представляйте себе соответствующую картинку».

Фразы:

Лев, нападающий на антилопу

Собака, виляющая хвостом

Муха в вашем супе

Овсяное печенье в коробке в форме ромба

Молния в темноте

Пятно на вашей любимой рубашке или юбке

Капли, сверкающие на солнце

Крик ужаса в ночи

Друг, ворующий вашу любимую игрушку.

После прочтения фраз ребенку предлагается взять листок бумаги, вспомнить и написать названные фразы. На последующих занятиях можно предъявлять фразы в зрительной модальности (на специальных карточках).

Для развития *зрительно-моторной и зрительной памяти* можно использовать следующие упражнения:

*Задание 3* Поэтапная работа ребенка с образцами:

– сначала ребенок работает с постоянной зрительной опорой на образец;

– затем время рассматривания образца сокращается до 15–20 с (в зависимости от сложности предлагаемой работы), но так, чтобы ребенок успел рассмотреть и запечатлеть образец.

Эти упражнения целесообразно проводить в процессе таких продуктивных видов деятельности как конструирование, рисование, лепка, аппликация. Похожие упражнения легко придумать самим, варьируя условия, материал и сюжеты игр на развитие зрительно-моторной и зрительной памяти.

Для *развития слуховой памяти* целесообразно использовать упражнения с применением вместо наглядного образца словесное описание или инструкции предлагаемой деятельности. Например, попросить ребенка выполнить конструктивное задание без обращения к образцу, а по памяти; воспроизвести какой-либо рисунок по словесному описанию и т. д.

Развитие *логических приемов запоминания*.

В качестве мыслительных приемов запоминания могут быть использованы: смысловое соотнесение, классификация, выделение смысловых опор и составление плана и др.

Специальные исследования психологов показывают, что обучение мнемическому приему, в основе которого лежит умственное действие, должно включать два этапа:

а) формирование самого умственного действия;

б) использование его как мнемического приема, средства запоминания. Например, прежде чем использовать прием классификации для запоминания материала, необходимо овладеть классификацией как самостоятельным умственным действием.

Для развития логической памяти рекомендуется использовать следующие задания и упражнения.

*Задание 4.* Развитие памяти на основе мнемического приема «группировка».

Цель: 1. Познакомить детей с приемами «группировка».

2. Показать преимущество запоминания с использованием этого приема.

Занятия проводятся в группе. Психолог читает ряд букв, просит детей запомнить их и записать.

ВЛОШЭРИК

После этого психолог рассказывает о мнемическом приеме «группировка», т. е. объединение букв в группы, удобные для чтения (ВЛОШ – ЭРИК).

*Задание 5.*

Детям рекомендуется запомнить ряд гласных букв: А У И О Е Е.

Затем детям рассказывается о мнемическом приеме: разделить буквы на две или три группы и пропеть «песенку», делая остановки в конце каждой группы (АУИ-ОЕЕ).

*Задание 6.*

Детям предлагается запомнить ряд согласных букв: Ж Н Л П В Т. Чтобы лучше их запомнить, психолог предлагает мысленно добавить к каждой букве гласную, например- У, затем предлагает разбить на удобные группы и прочитать (ЖУНУ-ЛУ-ПУВУТУ). Ответ записать, отбрасывая гласные.

Для развития памяти на основе мнемического приема «группировка» можно также использовать цифры, рисунки.

*Задание 7.*

Цель: обучение детей мнемическому приему группировки по смыслу.

Занятие проводится в группе. Детям предлагаются слова: зима, ель, птица, лес, гнездо, река, снег, рыба. Психолог рассказывает о том, что для лучшего запоминания эти слова надо объединить в пары по смыслу. Дети коллективно обсуждают и подбирают смысловые пары. Например, снег – зима; ель – лес и пр.

После этого предлагаются другие варианты для запоминания: нога, лицо, обувь, море, часы, лодка, стрелки, нос, дом.

Для закрепления усвоенного приема психолог предлагает ребенку разнообразные слова и картинки для запоминания.

*Задание 8.* Развитие памяти на основе мнемического приема «группировка по ассоциации».

1 этап

Из набора слов детям предлагается выбрать и запомнить только те пары, которые объединены по смыслу. Психолог зачитывает эти пары слов: лес – гриб; зима – снег; кот – ведро; река – рыба; облако – лев; ворона – краска; гнездо – птица.

2 этап

Детям предлагается выписать оставшиеся пары слов и подумать, как эти слова можно связать друг с другом. Дети обсуждают между собой и составляют ассоциативные ряды.



### 3 этап

Ребенку зачитываются пары слов, которые необходимо запомнить: диван – тигр, девочка – брат, небо – земля, глаз – муха, озеро – верблюд, ковер – цветок, цыпленок – стол.

Затем психолог зачитывает первое слово, а дети дополняют второе слово. После окончания задания дети обсуждают свои результаты.

*Задание 9.* Развитие памяти на основе мнемического приема «классификация».

Психолог читает ребенку набор слов (10–15), которые можно разбить на группы по различным признакам (посуда, одежда, животные и т. д.), а затем просит назвать слова, которые он запомнил. Характер воспроизведения будет свидетельствовать о том, насколько сформированы у ребенка механизмы обобщения, являющиеся базой для развития логической памяти. Если ребенок не сумел выделить смысловые группировки в называемых словах, а старается запомнить механически, то рекомендуется ему объяснить и показать, что для запоминания целесообразно объединять слова в группы по смыслу.

Аналогичный способ запоминания можно предложить детям при запоминании различных предметов, цветов, последовательности событий.

Методика «смысловые единицы» (К. П. Мальцева, 1958).

Цель занятия – обучение ребенка выделению главного звена в тексте.

Техника. Чтобы вычленил главное, ребенок должен последовательно отвечать на два вопроса: «О ком (или о чем) говорится в этой части?» и «Что говорится (сообщается) об этом?». Ответ на первый вопрос позволяет выделить главное в той части, к которой он относится, а второй вопрос подтверждает правильность этого выделения.

Описание методики:

Обучающая методика имеет две части: первая часть – выделение смысловых опор, вторая часть методики – составление и использование плана как смысловой опоры мнемической деятельности школьника.

*Часть I.* Обучение созданию мнемических опор

Инструкция: «Сейчас мы с тобой будем учиться запоминать текст. Сначала нужно прочитать рассказ, а потом выделить главные мысли этого рассказа. Для этого нужно несколько раз задать два вопроса к тексту: о ком (или о чем) говорится в начале текста, и что об этом говорится. После того как ответишь на эти вопросы, их снова надо задать: о ком (или о чем) говорится дальше, и что об этом говорится. И так будем работать до конца текста. Все ли тебе ясно?»

Для чтения и последующей работы дается, например, рассказ «Заячьи лапы».

«Летом дед пошел на охоту в лес. Ему попался зайчонок с рваным левым ухом. Дед выстрелил в него из ружья, но промахнулся. Заяц удрал. Дед пошел дальше. Но вдруг испугался: с одной стороны сильно тянуло дымом. Поднялся ветер. Дым густел. Дед понял, что начался лесной пожар, и огонь быстро идет прямо на него. По словам деда, и поезд не мог бы уйти от такого огня. Дед побежал по кочкам, дым выедал ему глаза. Огонь почти хватал его за плечи.

Вдруг из-под ног деда выскочил заяц. Он бежал медленно и волочил задние лапы. Потом только дед заметил, что они у зайца обгорели. Дед обрадовался зайцу, как родному. Дед знал, что звери лучше человека чувствуют, откуда идет огонь, и всегда спасаются. Они гибнут тогда, когда огонь их окружает.

Дед побежал за зайцем. Он бежал, плакал от страха и кричал: «Погоди, милый, не беги так быстро!» Заяц вывел деда из огня. Заяц и дед выбежали из леса к озеру. Оба упали от усталости. Дед подобрал зайца и принес домой. У зайца обгорели задние ноги и живот. Заяц страдал. Дед вылечил его и оставил у себя.

Это был тот самый зайчонок с рваным левым ухом, в которого стрелял дед на охоте».

После чтения рассказа задаются вопросы.

Общие правила выделения мнемических опор:

1. Текст предварительно не разбивается на части.
2. Главные мысли выделяются по ходу чтения материала.
3. Части формируются сами собой вокруг главных мыслей.
4. Главные мысли текста должны иметь единую смысловую связь – «ручеек».
5. Правильно выделенные основные мысли должны составить короткий рассказ.

6. Если какое-то записанное предложение не соответствует остальным, значит, выделена не главная мысль и нужно вернуться к этому месту в тексте.

7. Мнемические опорные пункты (главные мысли) должны представлять собой развернутые, самостоятельно составленные или взятые из текста предложения.

Через 3-4 занятия оба вопроса: «О ком (или о чем) говорится?» и «Что про это говорится?» сливаются в один, и пропадает необходимость задавать их вслух.

Обучающая методика по созданию мнемических опор занимает 5–7 занятий с частотой 2–3 занятия в неделю по 20–30 мин. Запомнить и пересказать короткий рассказ не составит труда для любого ребенка с нормальным интеллектом. Но мнемическую деятельность можно сделать более эффективной, используя вторую часть методики.

*Часть II. Составление плана.*

Эта часть методики направлена на обучение составлению плана как смысловой опоры запоминания. Выделенные главные мысли представляют собой не просто короткий рассказ об основном, но могут являться планом текста.

а) в пунктах плана должны быть выражены главные мысли, чтобы было понятно, о ком (или о чем) и что говорится в каждой части рассказа;

б) пункты плана должны быть связаны между собой по смыслу;

в) пункты плана должны быть четко выражены. Последнее требование означает, что пункты плана должны быть сформулированы в виде предложения, в котором есть подлежащее, сказуемое и другие члены предложения. Такое развернутое предложение действительно выражает главную мысль. Кроме того, план – это только инструмент, и каждый может выбрать такой инструмент, который ему больше нравится и позволяет достигнуть цели – запомнить.

После того как план составлен, нужно прочитать текст и отметить, что же говорится по первому пункту, по второму и т. д. Затем закрыть учебник и попробовать пересказать вслух все, что запомнил, подглядывая в план (но не в учебник). Затем прочитать еще раз текст, отмечая, что забылось при пересказе, а что помнится, и еще раз пересказать вслух.

Опыт нашей работы показывает высокую эффективность коррекционных занятий по формированию мнемических операций для детей с задержкой психического развития. В процессе занятий необходимо учитывать не только уровневые и специфические характеристики памяти ребенка, а также уровень сформированности его мыслительных операций. Занятия следует проводить поэтапно. Обязательным условием эффективности занятий является формирование позитивной установки у ребенка, развитие мотивационной основы его деятельности. Это успешно достигается в процессе игровой ситуации, группового взаимодействия детей.

### ***Психологическая коррекция мыслительных операций у детей с ЗПР***

В зависимости от особенностей развития мышления условно можно выделить четыре основные группы детей с ЗПР:

1. Дети с нормальным уровнем развития мыслительных операций, но сниженной познавательной активностью. Это наиболее часто встречается у детей с ЗПР психогенного происхождения.

2. Дети с неравномерным проявлением познавательной активности и продуктивности выполнения заданий. (Простой психический инфантилизм, соматогенная форма ЗПР, легкая форма при ЗПР церебрально-органического генеза.)

3. Сочетание низкого уровня продуктивности и отсутствие познавательной активности. (Осложненный психический инфантилизм, выраженная ЗПР церебрально-органического генеза.)

В исследованиях З. И. Калмыковой (1978) описаны трудности, которые испытывают дети с ЗПР при выполнении задач проблемного характера. Другие авторы отмечают инертность мыслительных процессов (Т. Д. Пускаева, 1980), несформированность антиципирующего анализа, недостаточность подвижности мыслительных операций (Г. И. Жаренкова, 1973 и др.). Большинство авторов подчеркивают неоднородность развития мыслительных операций у детей с ЗПР. Все это указывает на необходимость дифференцированного подхода к анализу мышления у детей с учетом формы и степени тяжести ЗПР.

Традиционно выделяют три уровня развития мышления: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое.

*Наглядно-действенное мышление* характеризуется неразрывной связью мыслительных процессов с практическими действиями. Оно активно формируется в раннем дошкольном возрасте в процессе овладения ребенком игровой деятельностью, которая должна быть определенным образом организована и протекать под контролем и при специальном участии взрослого.

У детей с ЗПР, особенно в дошкольном возрасте, отмечается недоразвитие наглядно-действенного мышления. Это проявляется в недоразвитии предметно-практических манипуляций. К концу дошкольного возраста наглядно-действенное мышление у них активно развивается.

Психокоррекционная работа по формированию *наглядно-действенного мышления* должна проводиться поэтапно.

На первом этапе необходимо формировать у ребенка предметно-практическую деятельность с помощью специальных дидактических пособий.

На втором этапе у ребенка формируется орудийная деятельность (действия со вспомогательными предметами), в процессе специальных дидактических игр и конструирования.

*Наглядно-образное мышление* характеризуется тем, что решение мыслительных задач происходит в результате внутренних действий с образами (представлениями). Наглядно-образное мышление активно формируется в дошкольном возрасте, его формирование является необходимым условием овладения ребенком продуктивными видами деятельности (рисование, конструирование).

Развитию наглядно-образного мышления способствуют следующие виды заданий: рисование, прохождение лабиринтов, конструирование не только по наглядному образцу, но и по словесной инструкции, по собственному замыслу ребенка, когда он прежде должен придумать объект конструирования, а затем самостоятельно его реализовать.

Особый интерес представляет метод обучения детей модельному конструированию, разработанный А. Р. Лурия и его учениками (1948) и успешно используемый нами при

психокоррекционной работе с детьми с ДЦП и с ЗПР церебрально-органического генеза (Мамайчук, 1978, 1984). Суть этого метода заключается в том, что образцы-модели предъявляются ребенку заклеенными плотной белой бумагой и прежде чем начать строить, ребенок должен сам планомерно исследовать образец, подобрать к нему соответствующие детали, т. е. модель-образец предлагает ребенку определенную задачу, но не дает способа ее решения.

А. Р. Лурия (1948) провел следующий эксперимент: он разделил детей-близнецов на две группы. Одна группа обучалась конструированию с наглядных образцов, а их братья и сестры – конструированию с образцов-моделей. После нескольких месяцев обучения конструированию психологи обследовали детей, изучали особенности их восприятия, мышления, рисования. Результаты обследования показали, что дети, обучающиеся конструированию по моделям, показали более высокую динамику в умственном развитии, чем их братья и сестры, которые обучались конструированию традиционным способом.

Кроме модельного конструирования целесообразно использовать метод конструирования по условиям, предложенный Н. Н. Подьяковым (1972). Ребенку предлагают сделать из готовых деталей предмет, который может быть использован в определенных, заранее заданных условиях, т. е. в этом случае ребенок не имеет перед собой образца, а ему даны условия, исходя из которых необходимо определить, какой должна быть постройка, а затем сконструировать ее. Важным при таком способе обучения конструированию является то, что мыслительные процессы детей приобретают опосредованный характер, чем при конструировании по образцу. Например, получив задание построить из готовых блоков такой «гараж», который мог бы вмещать в себя «грузовую машину», ребенок начинает предварительно анализировать величину машины, отвлекаясь от всех других ее свойств. Для этого необходим достаточно высокий уровень абстрагирования, что дает возможность формированию у детей специфических способов соотнесения определенных свойств условий с соответствующими свойствами постройки. Конструирование по моделям и условиям успешно формирует у детей ориентировочную деятельность, способствует развитию самоконтроля своих действий в процессе выполнения конструктивных заданий и при анализе их результатов.

Для развития наглядно-образного мышления рекомендуется использовать различные виды заданий с палочками или со спичками (выложить фигуру из определенного числа спичек, перенести одну из них с тем, чтобы получить другое изображение: соединить несколько точек одной линией, не отрывая руки).

Например, такие задания со спичками, как:

1. Составить 2 равных треугольника из 5 палочек.

2. Составить 2 равных квадрата из 7 палочек.

3. Составить 3 равных треугольника из 7 палочек. Упражнения со спичками способствуют развитию пространственного мышления.

*Логическое мышление* предполагает наличие у ребенка способности к выполнению основных логических операций: обобщения, анализа, сравнения, классификации.

Для развития логического мышления можно использовать следующие упражнения:

– «Четвертый лишний». Задание предполагает исключение одного предмета, не имеющего некоторого признака, общего для остальных трех.

– Придумывание недостающих частей рассказа, когда одна из них пропущена (начало события, середина или конец). Составление рассказов имеет чрезвычайно важное значение и для

развития речи, обогащения словарного запаса, стимулирует воображение и фантазию. Психокоррекционные занятия рекомендуется проводить как индивидуально, так и в группе в зависимости от поставленных задач. Например, игра «Составь предложение».

Цель – развитие у детей способности быстро устанавливать разнообразные, иногда совсем неожиданные, связи между привычными предметами, творчески создавать новые целостные образы из отдельных разрозненных элементов.

Детям предлагается придумать три слова, не связанные по смыслу, например, «озеро», «карандаш» и «медведь». Надо составить как можно больше предложений, которые обязательно включали бы в себя эти три слова (можно менять падеж и использовать другие слова). Ответы могут быть банальными («Медведь упустил в озеро карандаш»), сложными, с выходом за пределы ситуации, обозначенной тремя исходными словами и введением новых объектов («Мальчик взял карандаш и нарисовал медведя, купающегося в озере»), и творческими, включающими эти предметы в нестандартные связи («Мальчик, тонкий, как карандаш, стоял возле озера, которое ревело, как медведь»).

#### *Игра «Исключение лишнего»*

Берут любые три слова, например, «собака», «помидор», «солнце». Надо оставить только те слова, которые обозначают в чем-то сходные предметы, а одно слово, «лишнее», не обладающее этим общим признаком, исключить. Следует найти как можно больше вариантов исключения лишнего слова, а главное – больше признаков, объединяющих оставшуюся пару слов и не присущих исключенному, лишнему. Не пренебрегая вариантами, которые сразу же напрашиваются (исключить «собаку», а «помидор» и «солнце» оставить, потому что они круглые), желательно поискать нестандартные и в то же время очень меткие решения. Побеждает тот, у кого ответов больше.

Эта игра развивает способность не только устанавливать неожиданные связи между разрозненными явлениями, но легко переходить от одних связей к другим. Игра учит также одновременно удерживать в поле мышления сразу несколько предметов и сравнивать их между собой. Немаловажно, что игра формирует установку на то, что возможны совершенно разные способы объединения и расчленения некоторой группы предметов, и поэтому не стоит ограничиваться одним-единственным «правильным» решением, а надо искать целое их множество.

#### *Игра «Поиск аналогов»*

Называются какой-либо предмет или явление, например, «вертолет». Необходимо выписать как можно больше его аналогов, т. е. других предметов, сходных с ним по различным существенным признакам. Следует также систематизировать эти аналоги по группам в зависимости от того, с учетом какого свойства заданного предмета они подбирались. Например, в данном случае могут быть названы «птица», «бабочка» (летают и садятся); «автобус», «поезд» (транспортные средства); «штор» (важные детали вращаются) и др. Побеждает тот, кто назвал наибольшее число групп аналогов.

Эта игра учит выделять в предмете самые разнообразные свойства и оперировать в отдельности с каждым из них, формирует способность классифицировать явления по их признакам.

#### *Игра «Способы применения предметов»*

Называется какой-либо хорошо известный предмет, например, «книга». Надо назвать как можно больше различных способов его применения: книгу можно использовать как подставку для кинопроектора, можно ею прикрыть от посторонних глаз бумаги на столе и т. д. Побеждает тот, кто укажет большее число различных функций предмета.

Эта игра развивает способность концентрировать мышление на одном предмете, умение вводить его в самые разные ситуации и взаимосвязи, открывать в обычном предмете неожиданные возможности.

## *Нейропсихологическая коррекция детей с ЗПР*

Как отмечалось выше, нейропсихологический подход к задержке психического развития базируется на концепции А. Р. Лурия о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации высших психических функций в онтогенезе. В соответствии со структурно-функциональной моделью интегративной деятельности мозга А. Р. Лурия выделяет три блока дефицитарности деятельности мозга: блок 1 – дефицитарность глубинных структур мозга; блок 2 – дефицитарность задних отделов мозга; блок 3 – дефицитарность лобных структур мозга.

Для детей с дефицитарностью глубинных структур мозга коррекционная работа должна быть направлена на формирование темповых характеристик психических процессов. Это формирование устойчивости внимания, оптимизация мнемических процессов, развитие двигательных функций.

Рассмотрим отдельные психокоррекционные приемы:

*Методика, направленная на оптимизацию распределения внимания.*

Оборудование: цифровые и буквенные таблицы Шульте, секундомеры.

Каждому ребенку группы из 2–4 человек предлагаются таблица и секундомер. По команде психолога каждый участник находит цифры и называет их в прямом порядке от 1 до 25 и фиксирует время выполнения задания. Затем дети меняются таблицами, фиксируют время выполнения заданий. На следующем этапе детям предлагаются буквенные таблицы, фиксируется время выполнения заданий. Затем подводятся итоги. Дети самостоятельно составляют кривую эффективности работы, фиксируя время выполнения заданий при каждом предъявлении, и коллективно обсуждают результаты. После окончания работы детям предлагается домашнее задание: самостоятельно составить цифровые и буквенные таблицы и принести их на следующее занятие. На последующих занятиях дети поочередно выполняют задания на составленных таблицах и фиксируют время их выполнения. На следующих занятиях детям предлагаются задания на переключение внимания, фиксируется время выполнения заданий.

Для детей с дисфункцией задних отделов мозга, относящейся ко второму блоку, коррекционные занятия должны быть направлены на развитие речевых функций, зрительно-пространственных функций, формирование памяти по модально-специфическому типу (слухоречевой, зрительной, двигательной).

Опыт нашей работы показал высокую эффективность методики, направленной на оптимизацию параметров слухоречевой памяти, предложенную Ю. В. Микадзе и Н. К. Корсаковой (1994, с. 43).

Методика подбора слов, совпадающих по ритмическому признаку (игра в рифму).

На первом этапе психолог предъявляет детям таблицы с изображением различных предметов (около 20). Предлагается в ответ на показанную и названную психологом картинку найти предмет и назвать соответствующее ему слово, близкое по звучанию («утка-дудка», «коза-стрекоза»). Спустя 10–15 минут детям предлагается вспомнить с опорой на таблицы, какие слова участвовали в игре. На втором этапе (через 10–15 мин.) детям предлагается поиск созвучных слов без наглядной опоры, а на слух, в ответ на заданное психологом слово. Затем детям предлагается домашнее задание по составлению рифмующихся пар слов в устной форме.

Данная методика направлена не только на расширение слухоречевой памяти, а также на развитие функции анализа звукового состава слова, тренировку параметра удержания в памяти словесных стимулов в условиях интерференции.

*Методика зрительно-двигательного восприятия и воспроизведения букв и цифр.*

Группе детей из 2–4 человек психолог предлагает буквы и цифры, которые он «пишет в воздухе». Дети поочередно называют их. Затем детям предлагаются отдельные слоги и простые слова. Дети записывают эти слова на отдельных карточках. На втором этапе дети поочередно выполняют роль учителя и предлагают группе цифры, буквы, слоги и слова, предварительно написанные ими в тетради. Участники группы читают их и записывают. После этого дети проверяют выполнение заданий. На последующих этапах детям предлагаются пластмассовые буквы и цифра на ощупь. Ребенок должен не только назвать их, но и свободной рукой обвести указательным пальцем осязаемую букву.

*Методика зрительно-двигательного восприятия и воспроизведения схемы.*

Детям предлагаются карты со схематическим изображением человека. Фигурки отличаются друг от друга различным положением рук, ног. Ребенку предлагается запомнить позу человека сначала на двух карточках и воспроизвести ее, затем число объектов увеличивается до 9. Ребенок не только должен запомнить позы, но и воспроизвести их в той последовательности, в которой они изображены на карточках. Занятия можно проводить как в группе, так и индивидуально.

*Методика запоминания последовательности движений.*

Психолог показывает ребенку три положения руки на плоскости стола, последовательно сменяющих друг друга. Ладонь на плоскости, ладонь, сжатая в кулак; ладонь ребром на плоскости стола; распрямленная ладонь на плоскости стола (кулак-ребро-ладонь). Ребенок выполняет пробу сначала вместе с психологом, затем по памяти в течение 8–10 повторений моторной программы. Проба выполняется сначала правой рукой, затем – левой, а затем обеими руками вместе. Если у ребенка возникают затруднения, то рекомендуется произносить вслух команду: «кулак-ребро-ладонь».

Домашнее задание: придумать программу из 4 и больше движений руки и представить ее на следующем занятии.

Для детей с дефицитностью лобных функций мозга (блок 3) коррекционная работа должна быть направлена на формирование регуляции деятельности и функций самоконтроля. Это успешно достигается в процессе обучения детей конструированию. Конструктивная деятельность включает в себя следующие структурные единицы:

- формулирование задачи;
- ориентировочно-исследовательские действия;
- выбор стратегии и тактики решения задачи;
- решение задачи;
- контролирующие деятельность действия.

В наших исследованиях было выявлено несколько групп детей в зависимости от качества выполнения конструктивных проб. У детей первой группы была сохранена почти вся структура конструктивной деятельности, а именно: ориентировочная основа действия, умение удерживать конечную цель и создавать общую схему построения. Однако эффективность выполнения конструктивных заданий у них была снижена в связи с недоразвитием пространственного синтеза. Такие ошибки наблюдались у детей с выраженной парциальной недостаточностью теменно-затылочных структур мозга. Психокоррекционный процесс для детей этой группы должен быть направлен на формирование пространственного анализа и синтеза. Это успешно достигалось в процессе специальных занятий, направленных на поэтапное развитие восприятия формы предмета (узнавание фигур Польмейстера, рисование незаконченных форм, лепка фигур с

различными формами, сложение специальных форм из мозаики, осязательное восприятие предметов различной формы и пр.).

У детей второй группы наблюдались существенные трудности в предварительной ориентировке в задании. Они предварительно не обследуют образцы, а сразу приступают к конструированию, используя метод проб и ошибок, не контролируют свои действия.

У детей третьей группы наблюдались трудности как в предварительной ориентировке в задании, так и в пространственном синтезе.

Дети второй группы обучались предварительному обследованию образцов-моделей. Психолог обращал внимание на структуру образца-модели, предлагал ребенку его ощупать, выделить в нем существенные компоненты, предварительно подобрать детали для постройки. При таком способе работы эффективность выполнения заданий значительно улучшалась.

Опыт нашей работы показывает высокую эффективность групповых форм при нейропсихологической коррекции детей с ЗПР. При формировании группы необходимо учитывать структуру дефекта ребенка, степень его тяжести, а также возрастные особенности. Желательно формировать группу с одинаковой клинической формой ЗПР. Индивидуальную форму работы целесообразно использовать с детьми с выраженной парциальной несформированностью высших корковых функций.

Продолжительность занятий по нейропсихологической коррекции при индивидуальной форме работы 30–40 минут, при групповой – 40–60 минут.

Особое значение в процессе занятий играет развитие самостоятельности и активности. Это достигается с помощью выполнения домашних заданий, где ребенку предлагается самому придумать задачи и предложить их на занятии.



## ГЛАВА 5.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕННОМ ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ

### КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕННЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ

В отличие от других форм дизонтогенеза поврежденное развитие обусловлено более поздним (после 2,5–3 лет) патологическим воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформировалась, и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция, распад психических функций. В клинике различают два основных вида деменции – это резидуальная органическая деменция и прогрессирующая деменция.

Резидуальная деменция проявляется в слабоумии, возникшем в результате остаточного поражения мозга из-за травмы, инфекции, интоксикации. Прогрессирующая деменция становится следствием хронически протекающего менингита, менингоэнцефалита, опухолевого процесса, эпилепсии, склероза и пр.

В патогенезе и формировании клинико-психологических проявлений органической деменции кроме этиологии важное значение имеет время приобретения заболевания, а также степень распространенности локализации процесса. Не менее значимы преморбидные (доболезненные) особенности личности больного. Г. Е. Сухарева на основе клинико-психологического анализа выделила четыре типа органических деменции у детей в зависимости от ведущего патопсихологического синдрома.

Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщений.

У второго типа на первый план выступают грубые нейродинамические расстройства. Это заметно по резкой психической истощаемости, по плохой переключаемости и устойчивости внимания, по нарушению логического строя мышления с выраженной склонностью к персеверациям.

При третьем типе органической деменции резко выступает недостаточность побуждений к деятельности, что проявляется в вялости, апатии, снижении активности мышления.

При четвертом типе – в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубым расстройством внимания, импульсивностью (Сухарева, 1959).

В. В. Лебединский отмечал, что у детей четвертого типа органической деменции наблюдалось выраженное полевое поведение. Они отличались хаотичной двигательной расторможенностью, действиями по первому побуждению, склонностью к дурашливости и кратковременными агрессивными вспышками. Грубые нарушения познавательной деятельности у детей четвертого типа проявляются в нецеленаправленности внимания, в непродуктивности запоминания и фрагментарности воспроизведения. У этих детей выявлено также недоразвитие пространственного анализа и синтеза, фрагментарность восприятия, наблюдается нарушение критики своего поведения. У детей с третьим типом органической деменции в психическом статусе доминировали вялость, медлительность, пассивность.

Отмечалась эмоциональная бедность, слабость побуждений, отсутствие интеллектуальных интересов (Лебединский, 1985). Представленный выше клинический подход имеет важное значение при разработке эффективных психокоррекционных технологий для детей с поврежденным развитием, но далеко не достаточным.

Как уже подчеркивалось выше, в процессе дифференциальной диагностики поврежденного развития от психического недоразвития и задержанного развития необходимо учитывать следующие параметры:

- локализация повреждения;
- время возникновения дефекта;
- структура дефекта;
- особенности психического и физического развития ребенка до заболевания;
- особенности семейного воспитания ребенка.

По локализации повреждения традиционно выделяются две группы детей с поврежденным развитием: локальное поврежденное развитие и диффузное поврежденное развитие.

При локально поврежденном типе развития специфика формирования когнитивных процессов определяется локализацией поражения. Например, у ребенка, перенесшего черепно-мозговую травму в височной области в возрасте 8 лет, наблюдаются афазические расстройства, что в значительной степени негативно отражается на усвоении чтения, письма.

Для диффузного поврежденного типа развития характерны более выраженные нарушения психических функций. Это проявляется в грубом нарушении работоспособности, в трудностях регуляции своей деятельности, а также в многочисленных аффективных нарушениях. В связи с этим компенсация дефекта при таком типе развития значительно снижена.

При поврежденном психическом развитии ребенок приобретает дефект не раньше 2,5–3 лет, когда основные функциональные структуры мозга у него уже сформировались, однако время приобретения дефекта имеет важное значение при анализе специфики поврежденного развития.

Еще Л. С. Выготский в своих работах обращал внимание на то, что у взрослых нарушение зрительного восприятия носит характер частного дефекта, не приводящего к нарушению уже сложившихся речевых и интеллектуальных функций. Кроме того, сохранный речь в известной степени позволяет компенсировать имеющиеся частные зрительные дефекты. В отличие от взрослых, патология зрительного восприятия у детей приводит не только к нарушению наглядного отражения внешнего мира, но и разрушает основу для формирования других психических процессов, которые строятся на базе наглядно-действенного отражения окружающего (Выготский, 1956).

Важное значение в исследовании гностических особенностей у детей с поврежденным развитием имеют нейропсихологические исследования. В нейропсихологических исследованиях отечественных и зарубежных психологов отмечается, что мозговые поражения в детском возрасте приводят к нарушениям зрительно-пространственных функций. У детей, так же как у взрослых, нарушению перцептивных процессов в большей степени выступают при поражении правого полушария мозга, чем левого (McFie, 1961; Семерницкая, 1985; Мамайчук, 1992 и др.). Например, при ранних поражениях правого полушария показатели выполнения зрительно-пространственных и конструктивных тестов в

сравнении с возрастной нормой снижены в три раза (цит. по: Семерницкая, 1985, с. 87). Значимость правого полушария в разных видах психической деятельности ребенка проявляется разновременно. Например, при тактильно-пространственном восприятии активность правого полушария обнаруживается в возрасте 8 лет, а при зрительном в возрасте 5–7 лет. При образных формах деятельности преобладание активности правого полушария отчетливо выступает в дошкольном возрасте (Айрапетянц, 1982).

В многочисленных нейропсихологических исследованиях взрослых больных с органическими поражениями головного мозга были выявлены выраженные изменения межполушарных взаимодействий. Поражение правополушарных структур приводит к изменению психосенсорных процессов, обуславливая нарушения чувственного познания внешнего мира и самого себя. При поражении левого полушария в большей степени страдают психомоторные и речевые процессы, что негативно влияет на абстрактные функции.

Нейропсихологические исследования Э. Г. Семерницкой, проведенные среди детей с очаговыми поражениями головного мозга подтвердили положения Л. С. Выготского о том, что мозговые механизмы, обеспечивающие осуществление психических функций у детей являются иными, чем у взрослых, и в процессе онтогенетического развития изменяется не только структура психической функции, но и ее мозговая организация (Семерницкая, 1985). Автор убедительно доказала, что функциональная неравнозначность различных отделов головного мозга в детском возрасте отчетливо проявляется как на межполушарном, так и на внутрислошарном уровне. Мозговая организация психических процессов не остается неизменной в онтогенезе и претерпевает ряд существенных перестроек. С наибольшей отчетливостью возрастная динамика функциональной организации мозга проявилась при анализе механизмов межполушарного взаимодействия. Автор отмечает, что при поражении левого полушария у детей правое полушарие не испытывает тормозящего влияния со стороны патологического очага, оно имеет у детей больше возможностей для смягчения и компенсации речевых расстройств, чем у взрослых.

В процессе онтогенеза изменяются механизмы и внутрислошарного взаимодействия. Проводя нейропсихологический анализ памяти у детей с очаговыми поражениями мозга, Семерницкая выявила высокую корреляцию снижения объема слухоречевой памяти с поражением левой височной доли. В перцептивной сфере были отмечены связи нарушения зрительного восприятия с поражением затылочной доли и нарушения зрительно-конструктивной деятельности с поражением теменной доли.

Нейропсихологический подход при изучении высших психических функций у детей с очаговыми поражениями головного мозга позволил приблизиться к решению важнейших вопросов, связанных как с общими принципами мозговой организации психических процессов, так и с закономерностями ее формирования в онтогенезе. На основе нейропсихологического анализа Э. Г. Семерницкая убедительно доказала, что онтогенетическое развитие высших корковых функций предполагает не столько дифференциацию, сколько интеграцию различных отделов головного мозга, обеспечиваемую развитием межполушарных и внутрислошарных связей. Полученные данные имеют важное значение для психокоррекционной работы, так как они позволяют дифференцированно подойти к структуре и локализации дефекта.

Структура дефекта при поврежденном развитии в отличие от психического

недоразвития отличается парциальностью (частичностью) расстройств. Это могут быть грубые локальные корковые или подкорковые нарушения, что наглядно проявляется в нарушении гнозиса, праксиса, а также в регуляции поведения. В детском возрасте это, как правило, корково-подкорковые нарушения, но в более старшем возрасте может иметь место первичное повреждение лобных систем.

Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций у ребенка прежде всего отмечаются расстройства эмоциональной сферы. Кроме того, структура психического дефекта при поврежденном развитии отличается выраженной полиморфностью. Это проявляется в разнообразных интеллектуальных, эмоционально-волевых и личностных нарушениях.

Динамика дефекта при поврежденном развитии чрезвычайно своеобразна. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархических функциональных связей, что нередко приводит к грубым регрессам интеллекта и поведения.

Наиболее тяжелые нарушения психики наблюдаются у детей вследствие перенесенных менингитов и менингоэнцефалитов, при которых могут возникнуть три основных вида слабоумия:

- органическое слабоумие с грубым нарушением мыслительных операций;
- задержка психического развития с нарушением предпосылок в развитии интеллекта (память, внимание и др.);
- психопатоподобное поведение с грубым нарушением эмоционально-волевой сферы.

В отличие от умственной отсталости у детей с органическим слабоумием вследствие перенесенного менингита или менингоэнцефалита наблюдается выраженное нарушение нейродинамики психических процессов, нарушения целенаправленности мышления и более выраженное нарушение критичности.

Поврежденное развитие может наблюдаться и у детей, перенесших тяжелые травмы головного мозга. В клинической практике различают два вида черепно-мозговых травм – это контузия (тяжелая травма мозга) и комоция (сотрясение мозга) и три стадии динамики последствий травмы: острая, подострая и резидуальный период.

В отличие от комоции, при контузии в острой стадии (сразу после травмы) наблюдаются длительное расстройство сознания, коматозные состояния, оглушенность, сонливость. У больного наблюдается нарушение ориентировки в окружающем. При комоции в острой стадии отмечается кратковременное расстройство сознания. Однако в обоих случаях у больного наступает адинамия, астения, могут наблюдаться речевые нарушения, амнезии, расстройства сна и пр. В острый период при контузиях могут проявляться также тяжелые психические расстройства в виде двигательного возбуждения, эйфории, нарушения критики, нелепого поведения и грубых амнестических расстройств. В подострой стадии у больного после контузии наступают оглушенность, растерянность, сумеречные состояния, головные боли с головокружением. Нарастает амнезия, могут наблюдаться расстройства речи. При комоции также могут наблюдаться головные боли и головокружение, но без выраженной амнезии и расстройства сознания. В резидуальный период в обоих случаях наблюдаются церебрастения и вестибулярные расстройства. Как показывают исследования, в структуре посттравматического дефекта имеют место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда психических функций: нарушения внимания, памяти, динамики

мыслительных процессов. Специфика дефекта в значительной степени зависит и от времени поражения. При более позднем поражении мозга наблюдалась парциальность (частичность) повреждения отдельных корковых и подкорковых функций, в результате чего нарушались корково-подкорковые взаимодействия. Это наглядно проявляется в нарушении умственной работоспособности, в нарастании эмоционально-волевой неустойчивости. При тяжелых травмах мозга отмечался выраженный регресс этих функций, что четко отражается в личностных характеристиках и в специфике познавательной деятельности. У ребенка могут повреждаться функции как с коротким, так и с длительным периодом развития. Однако онтогенетически молодые функции, получившие повреждение, одновременно и задерживаются в своем развитии. Например, в исследованиях, проведенных нами на детях с тяжелыми энцефалопатическими нарушениями вследствие натальной травмы, было показано, что в структуре их познавательных процессов наблюдается выраженное недоразвитие внимания и мнестической деятельности по модально-неспецифическому типу. То есть отмечается недоразвитие памяти и внимания во всех модальностях (зрительной, слуховой, двигательной и пр.). Эти особенности негативно повлияли на формирование зрительно-пространственных функций, что проявлялось в выраженных трудностях в пространственной ориентировке и в пространственном анализе и синтезе. В структуре их личности наблюдалась выраженная эмоционально-волевая неустойчивость, которая в значительной степени способствовала формированию личностной дисгармонии и психопатоподобного поведения. У детей, перенесших травму мозга в более позднем возрасте, структура психического дефекта была качественно иная. У них также наблюдалось нарушение внимания и памяти, но по модально-специфическому типу (или в слухоречевой, или в зрительной модальностях). В эмоционально-волевой сфере у них наблюдались также повышенная фрустрированность, напряженность, но они проявлялись более изолированно, не оказывая существенного влияния на структуру личности в целом (Мамайчук И. И., Мендоса, 1989).

В. В. Лебединский подчеркивал, что характер вторичных дефектов при поврежденном развитии у детей обусловлен не только спецификой первичного поражения, но и недоразвитием систем как функционально связанных с повреждением, так и более молодых в фило-и онтогенезе. Автор отмечает, что основные координаты недоразвития направлены преимущественно «снизу вверх», т. е. от поврежденной функции к регуляторной, от поврежденных подкорковых образований к коре. В нарушении межфункциональных взаимодействий при поврежденном развитии наблюдается распад иерархических связей. Это проявляется в растормаживании подкорковых функций, что негативно отражается на формировании регуляторных систем и на динамике психического состояния детей с поврежденным развитием (Лебединский В. В., 1985).

М. О. Гуревич, изучая отдаленные последствия поврежденного развития при травмах мозга, выделяет четыре клинических этапа:

1. Травматическая церебрастения, при которой у больного наблюдается неспособность к умственному напряжению, повышенная утомляемость. В целом адаптация детей удовлетворительная. Они продолжают обучаться в школе, однако при усложнении жизненной ситуации у них могут наблюдаться обострения в виде головокружения, нарушения сна, снижения общего психического тонуса. Наши исследования показали, что при травматической церебрастении наблюдается выраженное нарушение объема и

переключаемости внимания, снижение объема памяти в слуховой и зрительной модальностях, нарушение динамики мыслительных процессов. В структуре их личности четко прослеживается повышенная фрустрированность, эмоциональная неустойчивость, ригидность поведения (Мамайчук И. И., 1989).

2. Травматическая церебропатия проявляется у детей либо в апатии, вялости, общей заторможенности, т. е. в апатодинамическом синдроме либо, наоборот, в повышенной возбудимости, в двигательной расторможенности. У детей наблюдается эйфория, отменяется беспечность, могут наблюдаться такие аффективные реакции, как агрессивность, взрывчатость. Дети этой группы испытывают существенные затруднения в обучении в школе. На фоне общей неуспеваемости у них наблюдается выраженное психопатоподобное поведение. Обращает на себя внимание неадекватность самооценки и снижение критики своего состояния.

3. Травматическое слабоумие проявляется не только в снижении интеллектуальной деятельности, но и в снижении интеллектуальной активности у ребенка. В структуре личности отмечается выраженное снижение критики своего состояния, нарастает бездеятельность. Мыслительные операции отличаются тугоподвижностью, ригидностью, в некоторых случаях отмечается амнестическая афазия.

4. Травматическая эпилепсия. В различные сроки после травмы мозга у детей могут возникнуть эпилептические припадки. На их фоне у больного появляется травматическая астения, наблюдаются нарушения личности, что проявляется в повышенной агрессивности, аффективности, в психопатоподобном поведении. У большинства детей снижается интеллектуальная работоспособность и учебная деятельность в целом (Гуревич М. О., 1932). Психологических исследований, посвященных поврежденному развитию у детей и подростков, далеко не достаточно. Немногочисленные исследования были посвящены детям, перенесшим травмы головного мозга, которые наиболее часто встречаются в детском возрасте. Однако эти исследования были посвящены ранним черепно-мозговым травмам, перенесенным в натальный период и ранний постнатальный период, которые могли привести к психическому недоразвитию (Бадалян Л. О., 1983; Мاستюкова Е. М., 1967; Ковалев В. В., 1985; и др.). Структура психического дефекта при ранних травмах отличается выраженной тотальностью и необратимостью (Мамайчук И. И., Мендоса, 1989). К поврежденному развитию относится также эпилептическая деменция, которая наблюдается у детей в случаях вялотекущего эпилептического процесса. Кроме судорожных припадков у больных наблюдаются специфические особенности мышления, эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Это наглядно проявляется в общей психической тугоподвижности, в вязкости мышления и аффекта, в полярности эмоций, в выраженной напряженности аффекта. В структуре нарушения мышления у них отмечается выраженная тугоподвижность в сочетании со склонностью к застреванию на малозначительных деталях, трудности интеллектуальной переключаемости, выраженная замедленность речи (Зейгарник Б. В., 1976). Аффективные нарушения у этих больных в значительной степени способствуют дисгармоничному развитию личности и нарушению поведения. Полярность эмоций проявляется у них в склонности к экзальтации, ласковости в сочетании со злопамятностью и мстительностью. В структуре поврежденного развития при эпилепсии наблюдается стойкий, часто необратимый регресс ряда психических функций.

Один из вариантов поврежденного развития – деменция вследствие ревматических заболеваний у детей, мало изученная в психопатологии и патопсихологии. Еще более ста лет назад Э. Крепелиным были описаны острые психозы, возникающие при ревматизме. Автор выделил специфические для ревматического психоза признаки. Ими являются угнетение психической деятельности, нарастание ипохондрического синдрома, апатии, что обусловлено недостаточностью кислородного обмена мозга. В исследованиях отечественных психиатров показано, что при ревматизме могут возникать не только психозы с характерной клинической картиной, но и другие формы нервно-психических нарушений (Гуревич, 1949; Сухарева, 1974 и др.).

Ревматические болезни нередко приводят к ревматоидным артритам. Ревматоидный артрит (РА) – системное воспалительное заболевание соединительной ткани, относится к хроническим заболеваниям суставов. Ревматоидным артритом чаще всего заболевают дети в возрасте от 7 до 14 лет, реже он наблюдается у детей дошкольного и старшего школьного возраста. Ограничение подвижности, боли во время обострения процесса, частые длительные госпитализации – все это неблагоприятно сказывается на личности ребенка. В связи с этим отмечают такие особенности больных РА, как стыдливость, пассивность, неспособность выразить свои эмоции, склонность к аутизму, повышенная чувствительность, наличие физической и психической астении (Richardson, 1964; Rimon, Belmaker, Ebstein, 1977; Andresova, Namalova, 1984; Кочюнас, Гуобис, 1983). Кроме того, изменяется процесс межличностного взаимодействия больных РА с окружающими, так как они не всегда могут посещать школу, полноценно общаться со сверстниками (Henoch, Baston, Baum, 1977). Ряд зарубежных авторов выделяют своеобразные факторы риска, лежащие в основе возникновения заболевания у ребенка. Это авторитарное воспитание в семье, высокая тревожность, повышенная чувствительность индивида (Henoch et al, 1977; Litt, Guskey, Rozenberg, 1982). М. Хенош с соавторами отмечал, что 28% детей с РА живут в неполных семьях, а у 48% детей заболевание возникло через два года после развода родителей. Ряд авторов обращают внимание на нарушение в эмоционально-волевой сфере у детей с РА, проявляющиеся в немотивированных колебаниях настроения, в астенических состояниях (Сухарева, 1974; Мамайчук, Лапкин, Лихачева, 1986 и др.). Другие авторы отмечают снижение интеллектуальной работоспособности у детей с ревматическими заболеваниями (Манова-Томова, Пирьев, Пенушлиева, 1981).

В динамическом исследовании детей в возрасте от 8 до 14 лет больных ревматоидным артритом нами были выявлены у них такие стабильные личностные характеристики, как эмоционально-волевая неустойчивость, пассивность, неуверенность в своих силах, зависимость от окружающих, коммуникативные трудности. С увеличением степени тяжести дефекта понижается фрустрационная толерантность и увеличивается уровень психической дезадаптации. Психическая дезадаптация у детей с ревматоидным артритом проявляется и в нарушении у них умственной работоспособности, которая резко снижается при средней и тяжелой степени функциональной недостаточности. Корреляционный анализ выявил тесную положительную связь показателя дезадаптации, фрустрированности и тревожности с показателями нарушения умственной работоспособности. Структурообразующими компонентами личности у детей с ревматоидным артритом являются пассивность, эмоциональная нестабильность, тревожность. С возрастом и с нарастанием тяжести

заболевания их значимость увеличивается (Мамайчук, 1995). Анализ полученных данных позволил выделить три стадии повреждения психики при ревматоидном артрите.

Первая, наиболее легкая – это ревматическая астения, ее признаки: раздражительная слабость, повышенная возбудимость, утомляемость. Исследования показали, что на данной стадии нарушения в структуре дефекта у больных наблюдается эмоционально-волевая неустойчивость, которая негативно отражается на умственной работоспособности.

Вторая стадия – ревматическая церебрастения. На фоне двигательных и сенсорных расстройств у детей отмечается нарастание скованности, замедленности движений, нарушение оптического восприятия. В структуре психического дефекта на этой стадии четко проявляется нарушение интеллектуальной работоспособности. Отмечается выраженное нарушение свойств внимания, уменьшение объема памяти, лабильность мыслительных процессов. На этой стадии дети болезненно переживают возникшие трудности в учебной деятельности, наблюдается критика своего состояния.

На третьей стадии – ревматическая церебропатия – у детей отмечается выраженное нарушение интеллектуальной работоспособности, отражающееся на процессе чтения, письма, счета. Это протекает на фоне выраженных эмоциональных расстройств и нестабильности поведения.

Результаты анализа закономерностей распада высших психических функций при различных вариантах поврежденного развития у детей говорят о необходимости строго дифференцированного подхода. Требуются данные о времени приобретения дефекта, его локализации и тяжести. Таким образом, в отличие от психического недоразвития и задержанного развития данный вариант дизонтогенеза обусловлен более поздним неблагоприятным воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем уже сформировалась и их недостаточность проявляется в признаках повреждения. На первый план при поврежденном развитии выступает парциальность расстройств психических функций. Важными дифференциально-диагностическими критериями при поврежденном развитии являются динамика развития дефекта и время его возникновения. При данном виде дизонтогенеза наиболее часто встречаются корково-подкорковые нарушения, что становится заметным по инертности мышления, по выраженной истощаемости внимания, по персевераторным явлениям. В более тяжелых случаях наблюдается выраженное нарушение целенаправленности мышления, критичности поведения.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕННЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ**

Важное место в системе психологической помощи детям с поврежденным развитием занимает психологическая коррекция. Она направлена на восстановление пораженных или утраченных психических функций, а также на адаптацию ребенка к приобретенному дефекту. Перед психологом стоит задача правильно определить время возникновения дефекта, значимость утраченной функции в общем психическом развитии ребенка, тяжесть нарушения и преморбидные особенности личности. Целесообразно использовать классификацию М. О. Гуревича, отражающую клинические этапы отдаленных последствий поврежденного развития.



**Патопсихологические синдромы детей с поврежденным развитием и основные направления психологической коррекции**

Степень повреждения	Патопсихологические радикалы	Направления психологической помощи
Церебрастения	Неспособность к умственному напряжению; повышенная утомляемость. Снижение объема памяти в слуховой и зрительной модальностях; трудности концентрации, устойчивости и распределения внимания, нарушение динамики мыслительных процессов. Адаптация детей в целом удовлетворительная (посещают школу), но при усложненных жизненных ситуациях у них могут наблюдаться обострения в виде головокружения, нарушения сна, общего психического тонуса.	Повышение умственной работоспособности с помощью специальных психотехнических приемов по развитию памяти, внимания, скорости решений. Развитие навыков саморегуляции с помощью психорегулирующих тренировок. Формирование положительной мотивации на занятие. Коррекция негативных эмоциональных проявлений
Церебропатия	Может проявиться у детей в вялости, в общей заторможенности, в апатодинамическом синдроме или, наоборот, в повышенной возбудимости, двигательной расторможенности. Существенные трудности в обучении. Психопатоподобные реакции. В структуре личности неадекватные самооценки, снижение критики своего поведения	Коррекция нарушений поведения. Повышение социальной активности. Психокоррекционная работа с родителями
Слабоумие	Резкий упадок интеллектуальной деятельности и активности. В структуре личности отмечается выраженное снижение критики своего поведения, нарастание бездеятельности. Тугоподвижность мыслительных операций	Организация жизнедеятельности и общения ребенка в семье, в коллективе. Обучение ребенка доступным видам деятельности. Психологическая поддержка родителей

### ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

При составлении психокоррекционной программы для детей с поврежденным развитием необходимо ориентироваться на описанные выше системообразующие факторы, определяющие специфику поврежденного развития (локализация повреждения; время возникновения дефекта; особенности психического и физического развития ребенка до заболевания; особенности семейного воспитания ребенка).

Психокоррекционная работа с ребенком должна быть начата только после согласования с врачом невропатологом, особенно на начальных стадиях заболевания.

Перед началом коррекционной работы должно быть проведено тщательное исследование когнитивных процессов с использованием нейропсихологического подхода. Сам процесс психологической коррекции должен проводиться с участием педагога-дефектолога и родителей.

Занятия можно проводить в группах и индивидуально в зависимости от возраста ребенка, его мотивации, структуры и тяжести дефекта. Не рекомендуется формировать группу из детей с однородными патопсихологическими синдромами, например повышенная расторможенность. В группе должно быть не более 3–4 детей. Основным направлением психологической коррекции детей с це-ребрастеническим синдромом является повышение их умственной работоспособности. Это достигается с помощью специальных психотехнических приемов по развитию памяти, внимания, скорости реакций и пр.

Психокоррекция активации внимания должна проводиться поэтапно на основе развития навыков самоконтроля и на основе процедур переноса сформированных навыков на новые объекты и ситуации (Гальперин П. Я., Кобыльницкая Л. С., 1974). С помощью метода поэтапного формирования контроля детям предлагается исправление ошибок в их письменных работах, затем в разных заданиях другого рода (тест Бурдона, ошибки в узорах, смысловые несуразности в картинках и рассказах, различные лабиринты и пр.). Основной задачей таких занятий является формирование самоконтроля у ребенка, а также превращение самого процесса выполнения заданий в сокращенное, обобщенное и автоматизированное, идеальное действие.

Программа коррекции внимания включает в себя также специальные психотехнические игры, разработанные и успешно применяемые в спорте (Цзен Н. В. и Пахомов Ю. В., 1988). Использование этих игр вызывает у детей яркие положительные эмоции, способствует развитию не только свойств внимания, саморегуляции, но и навыков общения, совместного решения задач, переживаний, сопереживаний успеха.

*Психотехники для групповых занятий по коррекции внимания. Упражнения для развития сосредоточенности.*

*Игра «Пальцы»*

Дети удобно располагаются в креслах или на стульях, образуя круг. Психолог просит переплести пальцы положенных на колени рук, оставив большие пальцы свободными. По команде «Начали» медленно вращать большие пальцы один вокруг другого с постоянной скоростью в одном направлении, следя за тем, чтобы они не касались друг друга. Сосредоточить внимание на этом движении. По команде «Стоп» прекратить упражнение. Длительность выполнения упражнения 5–15 минут. Некоторые участники могут испытывать необычные ощущения: увеличение пальцев, кажущееся изменение направления их движения. Некоторые могут чувствовать сильное раздражение или беспокойство.

Данное упражнение имеет не только коррекционное значение, но и диагностическое, так как позволяет психологу определить энергетические затраты ребенка при сосредоточении.

*Игра «Муха»*

Оборудование: доска с расчерченным на ней девятиклеточным игровым полем и небольшая присоска или пластилин. Присоска выполняет роль «дрессированной мухи».

Инструкция. Психолог разъясняет играющим детям, что перемещение «мухи» происходит с помощью команд, которые она послушно выполняет. По одной из четырех возможных команд («вверх», «вниз», «вправо» или «влево») муха перемещается соответственно команде на соседнюю клетку. Исходное положение «мухи» – центральная клетка игрового поля. Команды подаются

участниками по очереди. Дети должны неотступно следить за перемещением «мухи» и не допустить ее выхода за пределы игрового поля.

После этих разъяснений начинается игра. Она проводится на воображаемом поле, которое каждый из участников представляет перед собой. Если ребенок теряет нить игры или «видит», что муха покинула поле, он дает команду «Стоп», и, вернув «муху» в центральную точку, начинает игру сначала.

Данное упражнение требует от детей постоянной сосредоточенности. После того как ребенок успешно выполнил задание, его можно усложнить, увеличив число клеток или количество «мух».

Наш опыт использования этих упражнений показал их высокую эффективность не только для формирования концентрации внимания, а также для развития самоконтроля, воображения и коммуникативных свойств личности ребенка.

#### *Игра «Корректур»*

Группа детей разбивается на несколько пар. Психолог заранее заготавливает тексты на листе бумаги с пропуском и перестановкой букв в некоторых словах. Ребенку разрешается прочитать текст только один раз и исправить ошибки цветным карандашом и после этого передать текст напарнику, который также читает его один раз, исправляет ошибки карандашом другого цвета и снова передает текст напарнику. На выполнение заданий дается от 3 до 5 минут. Побеждает та пара, которая исправит ошибки за меньшее число предъявлений текста.

#### *Игра «Кто быстрее»*

Психолог заранее заготавливает бланки с текстами. Перед детьми стоит задача как можно быстрее зачеркнуть букву. Психолог фиксирует время выполнения задания. После окончания работы психолог предлагает детям проверить ошибки и фиксирует время их исправления. Необходимо поощрять успехи детей и стимулировать их интерес к занятию.

Задания можно усложнять. Например, одни буквы зачеркивать вертикально, другие горизонтально, третьи – подчеркивать.

Время выполнения задания варьируют в зависимости от возраста ребенка (для детей младшего школьного возраста – 15 минут, а для подростков до 30 минут).

Коррекцию отдельных свойств внимания, таких как: устойчивость, переключение, распределение – рекомендуется проводить в процессе специально организованных индивидуальных занятий. Ребенку можно предложить специальные таблицы на отыскивание чисел, букв, подсчет кружков в секторах круга, обнаружение отсутствующих деталей в изображениях, последовательное и усложненное вычитание чисел и пр. Для эффективного выполнения этих заданий важна положительная мотивация у ребенка, а также поощрение со стороны психолога, адекватная оценка успехов ребенка.

Психологическая коррекция оперативной *памяти* включает, в себя формирование у детей установки на запоминание. Целесообразно развивать рациональные способы запоминания с помощью специальных методов классификации, выделения смысловых опор, составления плана запоминания и ассоциативных приемов.

Для преодоления общей утомляемости детей применяется психологическая коррекция эмоциональных нарушений. Она должна способствовать снятию тревожности, повышать уверенность ребенка в эффективности занятий. С этой целью можно рекомендовать многообразные психорегулирующие тренировки.

Важное значение имеет охранительно-стимулирующий режим, который должен быть рекомендован ребенку врачом и аккуратно им выполняться. Психологу необходимо обратить внимание ребенка и родителей на выполнение режимных мероприятий.

Главным направлением психокоррекции при *церебрапатии* является исправление

нарушений поведения у ребенка. Это успешно достигается с помощью повышения социальной активности больного ребенка в семье, в школе, правильной организации его жизнедеятельности. Аффективная неустойчивость, выраженные колебания работоспособности, недостаточность операционально-технических характеристик психической деятельности, часто наблюдаемые у детей с церебропатиями, успешно корректируются в процессе разнообразных предметно-практических манипуляций ребенка. С этой целью ребенку можно предложить игры со строительным материалом (мозаики, конструкторы, лего и пр.). Целесообразно использовать также рисование, лепку, аппликации как психокоррекционные техники.

Не менее важным направлением психологической коррекции является работа с родителями. Перед психологом стоит задача дать родителям объективную информацию об эмоционально-волевых особенностях их ребенка, помочь понять его проблемы.

Например, мать 13-летнего Вадика обратилась к психологу по поводу нарушений поведения у сына: грубит, отказывается делать уроки, весь день закрывается в комнате, отказывается есть за общим столом, неопрятен. Мальчик наблюдается невропатологом в связи с перенесенной в возрасте 12-ти лет тяжелой черепно-мозговой травмой, консультировался у психолога в психолого-педагогическом центре. Психолог центра не обратил внимание на клинический статус мальчика и в своем заключении отметил, что у мальчика «возрастные ситуационные реакции в связи с неправильным воспитанием».

В процессе психологического обследования выявлены неустойчивость внимания, трудности распределения и переключения, что проявляется также в большом количестве ошибок при письме. Ограниченный объем памяти в слухоречевой модальности, лабильность со стороны мыслительных процессов. Уровень обобщений, суждений в пределах возрастной нормы. Грубых нарушений в зрительно-пространственном анализе и синтезе не выявлено, однако при выполнении более сложных конструктивных проб отмечается соскальзывание на примитивные способы работы (метод проб и ошибок), отказ от выполнения заданий.

Выявлены высокая степень фрустрированности, эмоциональная нестабильность, тревожная самооценка. Мать воспитывает сына одна, воспитание по типу высокой гиперпротекции.

Свои аффективные реакции мальчик объясняет конфликтом с матерью, нежеланием ей постоянно подчиняться, зависеть от нее.

Анализ показал, что такое поведение раньше не наблюдалось, а стало проявляться через два месяца после травмы.

По рекомендации психолога мальчик повторно был консультирован невропатологом и госпитализирован в нейрохирургическое отделение по поводу обширной посттравматической кисты головного мозга.

В процессе психологического консультирования психолог обратил внимание матери на неконструктивность ее общения с ребенком, рассказал об особенностях развития психики у детей с посттравматическим синдромом. В период пребывания мальчика в больнице мать посещала занятия с психологом с целью оптимизации общения с ребенком, разработки адекватных педагогических средств.

Психологическая коррекция детей и подростков с *приобретенным слабоумием* должна быть построена с учетом специфики дефекта. После перенесенного повреждения или заболевания у детей на этой стадии наблюдается грубое нарушение регуляции деятельности,

изменение операциональной стороны деятельности, распад отдельных, сформированных до заболевания высших психических функций. Все это часто проявляется на фоне выраженной эмоциональной инертности, вялости, апатии или, наоборот, на фоне эмоциональной расторможенности. В связи с этим психокоррекционная работа должна проводиться в двух направлениях:

Первое – правильная организация жизнедеятельности ребенка в семье или в специальном учреждении.

Второе – это обучение ребенка доступным ему видам деятельности (онтогенетическая ориентация психокоррекционного процесса).

В рамках первого направления необходима целенаправленная работа с родителями. Перед психологом стоит задача смягчить тот эмоциональный дискомфорт, который испытывают родители в связи с тяжелой болезнью ребенка. Это достигается следующими приемами:

- организация родительских ассоциаций и клубов с целью оказания взаимной поддержки родителям тяжело больных детей;
- психотерапевтическая работа с родителями, особенно с отцами больных детей;
- активное включение родителей в процесс психологической коррекции и диагностики. Присутствуя на занятиях, родители сами видят и оценивают потенциальные возможности ребенка, что способствует более адекватному восприятию проблем и перспектив его дальнейшего психического развития.

Второе направление психологической коррекции содержит следующие задачи:

- обучение ребенка доступным видам предметно-практической деятельности;
- формирование навыков самообслуживания;
- формирование саморегуляции поведения и навыков общения.

Для реализации этих задач целесообразно использовать специальные методы, разработанные М. Монтессори (Монтессори М., 1986; 2000).

Концепция Монтессори в целом построена на представлении об определяющей роли активной целенаправленной предметно-практической деятельности для развития психики детей с нарушениями в развитии. Разработанный автором методический материал пользуется огромной популярностью в лечебной педагогике.

Суть метода М. Монтессори заключается в том, что ребенок всегда сам выбирает из набора дидактического материала тот, который удовлетворяет актуальную потребность развития. Практика свободного выбора способствует формированию самостоятельности и инициативы у ребенка. Методической основой для использования дидактического набора М. Монтессори в психокоррекционной работе с детьми являются ее направленность на качественное развитие психических функций. Занятия проводятся индивидуально или в небольшой группе детей. Время занятий колеблется от 30 до 60 минут. Отношения между психологом и ребенком регулируются следующими положениями:

1. Ребенок стимулируется к активной самостоятельной работе с помощью специальных подготовительных упражнений.
2. Психолог предоставляет ребенку свободу выбора материала для работы.
3. Выполнению заданий в случае, если ребенок не знаком с работой, предшествует демонстрация. Психолог выполняет задание, показывает ребенку возможность контроля над ошибками и исправления их.

4. Во время демонстрации психолог не должен тормозить активность ребенка, и если он активен и желает выполнить задание сам, то необходимо помочь ему.

5. Во время работы с материалом позиция психолога сводится к активному наблюдению.

6. Темп работы и время, необходимое для выполнения упражнений, индивидуальны для каждого ребенка.

7. Если ребенок во время выполнения задания допускает ошибки, они не исправляются психологом. Можно привлечь внимание ребенка к ошибке, чтобы он мог исправить ее самостоятельно.

8. По окончании работы ребенок самостоятельно определяет, будет ли он повторять упражнение или начнет выполнять новое.

Выделяются следующие требования к коррекционным упражнениям:

1. Упражнения должны иметь связь с реальной деятельностью, иметь осознаваемую ребенком цель.

2. Упражнения должны предъявляться с постепенно возрастающей сложностью.

3. Начальные упражнения по развитию сенсорных и элементарных практических навыков должны содержать возможность «механического контроля» допускаемых ошибок.

4. Материал для упражнений должен быть привлекательным для ребенка, иметь цветовую кодировку.

Опыт нашей работы показал высокую эффективность занятий по системе Монтессори с детьми с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений. Психокоррекционная работа должна проводиться в тесном контакте с логопедом и педагогом-дефектологом.

Учитывая разнообразие и тяжесть клинических проявлений у детей с поврежденным психическим развитием, выраженных в нарушениях эмоционально-волевой сферы, интеграции поведения, в сопутствующих синдромах (эпилептический, гипердинамический, апатобулический и др.) дети должны обязательно наблюдаться невропатологом или психоневрологом. В связи с этим при составлении программы психологической коррекции психолог должен обязательно проконсультироваться с клиницистами.

## ГЛАВА 6.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ИСКАЖЕННЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ

#### КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Искаженное развитие – это тип дизонтогенеза, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что приводит к ряду качественно новых патологических образований. Одним из клинических вариантов этого типа дизонтогенеза является ранний детский аутизм (РДА). Слово аутизм происходит от латинского слова *autos* – сам и означает отрыв от реальности, отгороженность от мира.

В настоящее время существует много подходов к проблеме РДА, и чтобы лучше понять эти подходы, необходимо обратиться к истории проблемы раннего детского аутизма в зарубежной и отечественной науке. Башина В. М. выделяет четыре основных этапа в становлении этой проблемы.

*Первый*, донозологический, период конца XIX – начала XX веков характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходам и одиночеству.

*Второй*, так называемый доканнеровский, период, приходящийся на 20–40-е годы прошлого столетия, когда обсуждался вопрос о возможности выявления у детей шизофрении (Сухарева Г. Е., 1974).

*Третий* (1943–1970 гг.) ознаменован выходом в свет кардинальных работ по аутизму Л. Каппег (1943) и Н. Аспергер (1944). Впервые этот синдром был описан в 1943 г. американский детский психиатром Каннером (Л. Каппег). Независимо от него австрийский психиатр Аспергер (Н. Аспергер) в 1944 г. описал близкое состояние у детей, назвав его аутистической психопатией. В своей первой работе Л. Каппег охарактеризовал РДА как особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики, которое он отнес к состояниям так называемого «шизофренического» спектра. В последующие годы РДА рассматривался как конституциональное особое состояние. Вроно М. Ш. и Башина В. М. (1975) рассматривали аутизм как аутистическое состояние, возникающее у ребенка после приступа шизофрении. Мнухин С. С. с соавторами еще в 1947 году выдвинул концепцию органического происхождения РДА. Ряд исследователей указывали на полиэтиологичность РДА, связывая его происхождение с органическими, реактивными причинами, последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, нарушениями адаптационных механизмов у незрелой личности (Rutter M., 1972 и др.). В эти же годы были выявлены аутистические симптомы в клинике больных фенилпировиноградной олигофренией, при X-ломкой хромосоме, синдроме Ретта и др.

*Четвертый*, послеканнеровский, период (1980-1990 гг.) характеризуется существенным отходом от позиции самого Каннера на ранний детский аутизм. РДА стал рассматриваться как неспецифический синдром разного происхождения.

К настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма: классическом аутизме Каннера и варианте аутизма, в который входят аутистические состояния разного генеза.

В отечественной психиатрии подход к классификации РДА неоднозначен. Например, Ковалев В. В. (1985) выделяет две основные формы РДА – процессуальный (шизофренический) и непроцессуальный.

Психопатологические особенности детей с РДА при шизофрении связаны не с отсутствием потребности в контактах, а с болезненными переживаниями ребенка, которые проявляются в патологических фантазиях, в рудиментарных бредовых образованиях. В связи с этим поведение детей с процессуальным синдромом отличается выраженной причудливостью, вычурностью, диссациированностью.

Башина В. М. на основании изучения характера преморбиды у 272 больных ранней детской шизофренией и начальных этапов личностного развития у 28 детей с РДА выявила, что наиважнейшей особенностью РДА Каннера является особый асинхронный тип задержки развития. Это проявлялось в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания ребенка с РДА. Автор отмечает вариантность аутистических синдромов от легких до тяжелых, что наблюдалось как при синдроме Каннера, так и при аутизме процессуального шизофренического происхождения. Асинхрония в развитии является важным отличительным признаком каннеровского синдрома в отличие от других видов нарушенного развития с симптомами аутизма иного происхождения.

К. С. Лебединская на основе этиопатогенетического подхода выделяет пять вариантов РДА:

- РДА при различных заболеваниях центральной нервной системы,
- психогенный аутизм,
- РДА шизофренической этиологии,
- при обменных заболеваниях,
- при хромосомной патологии.

*РДА при различных заболеваниях ЦНС* (органический аутизм) сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома. Это проявляется в психической инертности ребенка, в двигательной недостаточности, а также в нарушении внимания и памяти. Кроме того, у детей наблюдается рассеянная неврологическая симптоматика: признаки гидроцефалии, изменения по органическому типу на ЭЭГ, эпизодические судорожные припадки. Как правило, у детей наблюдаются задержки речевого и интеллектуального развития.

*Психогенный аутизм* по данным западных психиатров и психологов возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3–4 лет), растущих в условиях эмоциональной депривации, т. е. при длительном отсутствии материнской ласки, неправильном воспитании, в интернатах и пр. Он характеризуется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безучастностью, отсутствием дифференцированных эмоций, задержкой развития речи и психомоторики. В отличие от других вариантов РДА психогенный аутизм при нормализации условий воспитания может исчезнуть. Однако в случае пребывания ребенка в неблагоприятных условиях первые три года жизни аутистическое поведение и нарушение речевого развития становится стойким.

Дети с *РДА шизофренической этиологии* отличаются более выраженной отгороженностью от внешнего мира и слабостью контактов с окружающими. У них наблюдается выраженная диссоциация психических процессов, стирание границ между



субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживаний и патологических фантазий, наличие рудиментарных бредовых образований и галлюцинаторных феноменов. В связи с этим их поведение отличается причудливостью, вычурностью, амбивалентностью. Например, при отгороженности, малой контактности и эмоциональной невыразительности в общении с близкими дети могут быть общительными, разговорчивыми, доверчивыми с посторонними лицами.

Однообразное, вялое поведение детей может прерываться немотивированными агрессивными поступками, разрушительными действиями. Кроме того, у детей может наблюдаться продуктивная психопатологическая симптоматика. Это проявляется в наличии постоянных страхов, в деперсонализации, в псевдогаллюцинаторных переживаниях.

К. С. Лебединская выделяет два важных диагностических признака РДА шизофренического генеза:

- если хотя бы короткий промежуток времени до возникновения аутизма у ребенка наблюдалось нормальное психическое развитие;

- если имеются признаки прогрессивности (прогрессирования заболевания) в виде нарастания психического дефекта (углубление вялости, аспонтанность, распад речи, регресс поведения с утратой приобретенных навыков).

Синдром раннего детского аутизма в отличие от других аномалий развития характеризуется наибольшей сложностью и дисгармоничностью как в клинической картине, так и в психологической структуре нарушений, и является сравнительно редкой патологией ее развития. По данным исследования В. Е. Кагана, его распространенность колеблется от 0,06 до 0,17 на 1000 детского населения. Причем у мальчиков РДА встречается чаще, чем у девочек.

Основными признаками РДА при всех его клинических вариантах являются:

- Недостаточное или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими.

- Отгороженность от внешнего мира.

- Слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, даже к матери, вплоть до полного безразличия к ним (аффективная блокада).

- Неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы. Нередко таких детей считают агрессивными: когда они хватают другого ребенка за волосы или толкают его как куклу. Такие действия указывают на то, что ребенок плохо различает живой и неживой объекты.

- Недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители заставляет многих родителей обращаться к офтальмологу или сурдологу. Однако на первый взгляд кажущаяся слабой реакция ребенка на зрительные или слуховые сигналы является ошибкой. Дети с аутизмом, наоборот, очень чувствительны к слабым раздражителям. Например, дети часто не переносят тиканье часов, шум бытовых приборов, капанье воды из водопроводного крана.

- Приверженность к сохранению неизменности окружающего (феномен тождества по L. Kanner). Этот феномен проявляется у детей с аутизмом очень рано, даже на первом году жизни. Родители ребенка с аутизмом рассказывали, что маленький Митя сосал импортную соску «беби-микс». Когда соска стала непригодна, отец вытащил ее изо рта спящего ребенка, выкинул в форточку и заменил обычной отечественной соской. Ребенок проснулся ночью, кричал, выплевывал новую соску. Родителям пришлось выйти на улицу и ночью искать старую соску под окнами.

– Неофобии (боязнь всего нового) проявляются у детей-аутистов очень рано. Дети не переносят перемены места жительства, перестановки кровати, не любят новую одежду и обувь.

– Однообразное поведение со склонностью к стереотипным, примитивным движениям (вращение кистей рук перед глазами, перебирание пальцев, сгибание и разгибание плечей и предплечий, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках и пр.).

– Речевые нарушения при РДА разнообразны. В более тяжелых формах РДА наблюдается мутизм (полная утрата речи), у некоторых больных отмечается повышенный вербализм, проявляющийся в избирательном отношении к определенным словам и выражениям. Ребенок постоянно произносит понравившиеся ему слова или слоги.

Весьма характерным при РДА является зрительное поведение, что проявляется в непереносимости взгляда в глаза, «бегающий взгляд» или взгляд мимо. Для них характерно преобладание зрительного восприятия на периферии поля зрения. Например, от ребенка-аутиста очень трудно спрятать необходимый ему предмет, и поэтому многие родители и педагоги отмечают, что «ребенок видит предметы затылком», или «сквозь стенку».

Однообразные игры у детей с РДА представляют собой стереотипные манипуляции с неигровым материалом (веревки, гайки, ключи, бутылки и пр.). В некоторых случаях используются игрушки, но не по назначению, а как символы тех или иных объектов. Дети с РДА могут часами однообразно вертеть предметы, переключать их с места на место, переливать жидкость из одной посуды в другую. Например, любимое занятие четырехлетней девочки с синдромом раннего детского аутизма было переливание воды на даче из одной бочки в другую, и попытки бабушки отвлечь девочку от таких занятий вызывали у нее бурный протест в виде плача, крика, падения на землю с битьем головой и ногами.

Дети с РДА активно стремятся к одиночеству, чувствуют себя заметно лучше, когда их оставляют одних. Контакт с матерью у них может быть различным. Наряду с безразличием, отсутствие ее реакции на присутствие или отсутствие матери, возможна также симбиотическая форма контакта, когда ребенок отказывается оставаться без матери, выражает тревогу при ее отсутствии, хотя никогда не бывает ласков с ней.

Аффективные проявления у детей с РДА бедны и однообразны. Аффект удовольствия возникает у ребенка чаще всего, когда он остается один и занят описанными выше стереотипными играми.

У детей с РДА наблюдаются различные интеллектуальные нарушения. По данным психометрических исследований у детей с синдромом РДА в 55–60% случаев наблюдается умственная отсталость, у 15–20% наблюдается легкая интеллектуальная недостаточность и только 15–20% имеют нормальный интеллект. В исследованиях В. Е. Кагана (1981) подчеркивается, что интеллектуальная деятельность при РДА неравномерна, отмечаются низкие показатели при выполнении невербальных заданий. Интеллектуальные способности в значительной степени определяются клинической формой РДА, его этиологией и патогенезом.

Психологические исследования раннего детского аутизма ведутся с использованием разных подходов: психоаналитического, поведенческого, когнитивного и пр. Заслуживают особого внимания работы отечественных психологов: Лебединского В. В., Никольской О. Е. и др.

Опираясь на данные, накопленные различными исследователями, и используя свой собственный экспериментальный опыт, В. В. Лебединский с соавторами предложил рабочую гипотезу, позволяющую представить механизмы психических расстройств у детей с ранним детским аутизмом, препятствующие их нормальному психическому развитию. Среди этих расстройств авторы выделяют:

1. Дефицит психической активности ребенка.
2. Нарушение инстинктивной сферы.
3. Нарушение сенсомоторных функций.
4. Нарушение двигательной сферы и речи.

Причины этих нарушений авторы делят на две основные группы:

Группа 1 – нарушения, обусловленные недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной);

Группа 2 – нарушения, обусловленные дефицитностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных).

Клинико-психологический анализ показал, что у детей с недостаточностью регуляторной системы в структуре психического дефекта наблюдается низкая концентрация внимания, слабость моторного тонуса, нарушения восприятия, что проявляется в выраженной аффективной его окраске. Их поведение отличается выраженной парадоксальностью. Находясь в постоянном сенсорном дискомфорте, дети пытаются его компенсировать аутостимуляцией: раскачиванием, бегом по кругу, прыжками. Их непреодолимая тяга к грязи, воде или огню также является важным компенсаторным механизмом с целью смягчения эмоционального дискомфорта.

Отрицательная эмоциональная доминанта почти постоянно присутствует у детей с РДА и является причиной того, что эти дети воспринимают окружающий мир как набор отрицательных аффективных признаков. Это обуславливает состояние диффузной тревоги и немотивированных страхов.

Клинический анализ страхов аутичных детей позволил выделить 3 группы страхов:

1. Сверхценные страхи, типичные для детского возраста, которые обусловлены реакцией ребенка на реальную, значимую опасность. Например, боязнь остаться одному, потерять мать, боязнь чужих людей, незнакомой обстановки. Такие страхи наблюдались у 28% детей с РДА.

2. Страхи, обусловленные характерной для РДА аффективной и сенсорной гиперчувствительностью, наблюдаются у них значительно чаще – в 35% случаев. Уже в раннем возрасте дети испытывают страх от различных бытовых шумов (пылесос, шум воды и пр.), зрительных, тактильных раздражений (свет люстры, попадание на тело комаров или др. объектов). Ряд страхов связаны с гиперсензитивностью в эмоциональной сфере, в этом случае причиной могут стать незнакомые люди, новые места и пр.

3. Неадекватные бредоподобные страхи, что связано с крайней ограниченностью и фрагментарностью представлений аутичного ребенка об окружающем мире (Лебединская К. С., Никольская О. С, 1991).

Объекты страха у детей с РДА выявляются с трудом, в связи с этим психологу и педагогу необходимо внимательно наблюдать за поведением ребенка. Когда аутичный ребенок оказывается рядом с пугающим его предметом, он может оставаться безучастным, но почти всегда напрягается всем телом, может раскачиваться или отойти в сторону. Страхи у аутичных детей значительно препятствуют их эмоциональной стабилизации и адаптации.

Нарушение подкорковых функций у них нередко сочетается с рядом корковых нарушений (В. В. Лебединский, О. С. Никольская).

Например, движения у них отличаются отсутствием плавности, что указывает на нарушение связи между корковыми и подкорковыми функциями, их тонической и синергической основами. В других, более тяжелых случаях, наблюдается нарушение программы движения, трудности зрительной фиксации указывают на зрительно-моторные нарушения.

Наблюдается прямая связь между характером первичных двигательных расстройств, связанных с нарушением тонической регуляции, и речевых. У детей с РДА наблюдается не только нарушение потребности в речевом общении, но и страдает сама возможность реализации этого акта. У многих детей с РДА наблюдаются дизартрические расстройства, нарушение темпа и ритмической организации речи.

Психическое развитие детей с РДА не только нарушено в связи с биологическими факторами. Особую негативную роль на динамику их развития оказывают вторичные (социальные) факторы. Исходная энергетическая недостаточность у детей и связанная с ней слабость побуждений, быстрая истощаемость и пресыщаемость любой деятельностью, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений – все это повышает готовность к формированию у ребенка реакции тревоги и страха и создает хроническую ситуацию дискомфорта. Как справедливо подчеркивают упомянутые выше авторы, аутизм является своеобразной компенсаторной реакцией, направленной на защиту от травмирующей внешней среды.

Развитие познавательных процессов протекает у детей с РДА с выраженным искажением, что обусловлено их повышенной эффективностью. Например, в процессе зрительного восприятия предметов у них очень долго сохраняются активные предметно-практические манипуляции. Кроме того, наблюдаются рудиментарные способы обследования предметов: обнюхивание, облизывание и пр. Аффективный компонент восприятия у здорового ребенка к концу дошкольного возраста имеют подчиненное значение, а у детей с РДА он доминирует и на более поздних возрастных этапах.

Многие авторы обращают внимание на высокий уровень развития памяти у детей с РДА (В. В. Лебединский, О. С. Никольская и др.). Однако сам процесс памяти носит у детей изолированный характер и в ее использовании проявляется выраженная автономия.

Нарушение взаимодействия психических функций наиболее специфично проявляется в формировании речи и мышления аутичного ребенка. В исследованиях В. В. Лебединского, А. С. Спиваковской и других авторов выявлен диффузный характер связи между словом и предметом, что не наблюдается у здоровых детей. Аффективно насыщенная акустическая сторона слова приобретает у детей с РДА самостоятельное значение, и это проявляется в явлении автономной речи. Изучение особенностей игровой деятельности детей с РДА (Спиваковская А. С, 1980) показало тесную связь нарушения мышления и интеллектуальной деятельности с недостаточностью аффективной сферы (явление аутизма).

В исследованиях особенностей мышления у младших школьников с РДА, проведенных В. В. Лебединским с соавторами, выявлено преобладание перцептивных обобщений, несмотря на достаточно высокий уровень развития понятийного мышления. Это явление авторы объясняют задержкой развития социального опыта ребенка с РДА. «Можно предположить, – пишет В. В. Лебединский, – что в результате аутистических установок в поле сознания больного ребенка поступает лишь часть необходимой с точки зрения

социальной практики информации о предметах, их свойствах и функциях. В то же время приобретают самостоятельное значение не координированные с функциональными (социально более значимыми) такие перцептивные свойства предметов, как цвет, форма, размер. В этих условиях при решении задач, где имеется конфликт между зрительно воспринимаемой ситуацией и смыслом поставленной задачи, больной ребенок ориентируется не на существенные признаки, а на глобальные перцептивные впечатления».

О. С. Никольская с соавторами выделяет четыре основных группы детей с РДА в зависимости от степени нарушения взаимодействия с внешней средой. Дети первой группы характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией, их поведение носит полевой характер, они мутичны, не владеют не только формами контакта, но и не имеют потребности в нем. У них наблюдается почти полное отсутствие навыков самообслуживания. Эта группа детей имеет наихудший прогноз развития и нуждается в постоянном уходе. В раннем возрасте у детей этой группы наблюдается выраженное нарушение активности, дискомфорт. Они проявляют беспокойство, у них отмечается неустойчивый сон. Аутизм у детей этой группы максимально глубокий, он проявляется как полная отрешенность от происходящего вокруг. В связи с этим авторы выделяют *отрешенность* от внешней среды как ведущий патопсихологический синдром.

Дети второй группы отличаются более целенаправленным поведением. Спонтанно у них вырабатываются самые простейшие стереотипные реакции и речевые штампы. Прогноз у этой группы лучше, чем в предыдущей. При адекватной длительной коррекции они могут освоить навыки самообслуживания и элементарного обучения. Ведущим патопсихологическим синдромом в данной группе детей является *отвержение* окружающей реальности.

Дети третьей группы характеризуются большей произвольностью в поведении. В отличие от детей первой и второй группы они имеют более сложные формы аффективной защиты, что проявляется в формировании патологических влечений, в компенсаторных фантазиях. У детей этой группы более высокий уровень развития речи. При адекватной коррекции они могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе. Ведущим патопсихологическим синдромом у них является *замещение* с целью противостояния аффективной патологии.

Дети четвертой группы характеризуются менее глубоким аутистическим барьером, меньшей патологией в аффективной и сенсорной сферах. В их статусе на переднем плане выступают неврозоподобные расстройства, что проявляется в тормозимости, робости, пугливости, особенно при контактах. Основным патопсихологическим синдромом у них является *повышенная ранимость* при взаимодействии с окружающими. У детей этой группы наблюдается развернутая, менее штампованная речь, сформированы навыки самообслуживания. При адекватной психологической коррекции они могут быть подготовлены к обучению в массовой школе (Никольская, Баенская, Либлинг, 1997).

Итак, специфика раннего детского аутизма проявляется следующим образом:

- дефицит потребности в общении, который в значительной степени зависит от степени тяжести РДА;
- при всех степенях тяжести у детей с РДА наблюдается аффективная дезадаптация;
- недоразвитие регуляторных функций у детей с РДА проявляется в выраженных нарушениях поведения;
- интеллектуальное и речевое развитие при РДА отличаются значительной вариабельностью и специфичностью (см. таблицу 6).

**Особенности психического развития у детей с РДА в зависимости от степени тяжести аффективной патологии**

Радикалы	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
1	2	3	4	5
<b>ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ</b>	Практически отсутствует (взгляд ребенка ускользает от собеседника)	Ограниченна, особенно в непривычных условиях, (случайно встретив чей-то взгляд, резко отворачиваются, вскрикивают, закрывают лицо руками)	При ограниченной потребности наблюдается выраженное избирательное общение, преимущественно со взрослыми (взгляд направлен «сквозь человека»)	Не проявляют инициативы в процессе общения (способны смотреть в лицо собеседнику, но контакт носит прерывистый характер, взгляд часто уходит в сторону)
<b>СТЕПЕНЬ АФФЕКТИВНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ</b>	Самоагрессия как проявление аутистической защиты. Неадекватные бредоподобные страхи	При изменении обстановки, например вне дома, аффективные нарушения увеличиваются. Страхи обусловлены повышенной гиперчувствительностью (страх посторонних малозаметных шумов, запахов, ярких блестящих предметов и пр.)	Реакцией на неудачу может быть негативизм. Возможна агрессия, которая чаще проявляется в вербальных формах. Аффективные переживания проявляются в постоянных вербальных монологах, в однотипных рисунках (ребенок может постоянно говорить о пожарах, кражах, убийствах и пр.). Повышенный интерес к предмету также может быть проявлением страха (например, интерес к горшку, электророзетке, к спичкам и пр.)	При контактах с окружающими проявляет повышенную ранимость. Реакцией на неудачу является уход от конфликта, склонность к изоляции от окружающих. Наблюдаются сверхценные страхи

1	2	3	4	5
ПСИХИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ	Преимущественно полевое поведение (не обращает внимания на предметы, передвигается в неопределенном направлении, рассеянно трогает вещи, часто не глядя на них)	Активность избирательна, выраженная приверженность к постоянству. Наблюдается полевое поведение, особенно в непривычных для ребенка условиях	Поведение более целенаправленное. Дети меньше сосредоточены на ощущениях своего тела или на отдельных внешних впечатлениях. В связи с этим меньше аутостимулирующих и нецеленаправленных манипуляций с предметами	Поведение в целом целенаправленное. При напряжении ситуации могут наблюдаться моторные стереотипии, беспокойство, снижение концентрации внимания
КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ	Проявляются через активные формы аутостимуляции (раскачивание, прыжки, лазание и др.) В процессе обследования предметов использует обонятельные, вестибулярные и тактильные ощущения	Проявляются через символические игры, которые отличаются выраженной стереотипностью (например, может часами играть со шнурками, палочками и пр.). Возможен высокий уровень развития механической памяти как в зрительной, так и в слуховой модальностях. Сверхчувствительное восприятие (например, ребенок может заметить небольшую точку, услышать слабый звук)	На эффективность восприятия существенное влияние оказывает аффективная установка. Восприятие избирательно. Высокий уровень развития памяти, особенно на аффективно значимые события	Эффективность восприятия в значительной степени зависит от эмоционального состояния ребенка. В незнакомой ситуации, в ситуации, требующей максимального общения, эффективность когнитивных процессов снижается

1	2	3	4	5
ИНТЕЛЛЕКТУ- АЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ	Резкое снижение интеллекта. Возможны перцептивные обобщения, освоение глобального чтения в более старшем возрасте	Возможны обобщения предметов, но преимущественно по аффективным признакам. Более успешное выполнение невербальных заданий	Неравномерный темп интеллектуальной деятельности. Доступны обобщения, суждения по существенным признакам, но мотивировка ответов затруднена. Ограниченность (зацикленность) интеллектуальных интересов (например, однообразные увлечения, стереотипные воспроизведения отдельных впечатлений)	Проявление отдельных способностей, обычно связанных с невербальной сферой (музыкой, конструированием, рисованием и пр.). Нормальный уровень развития обобщений, суждений, умозаключений. В экстремальных ситуациях возможны стереотипии мыслительных операций, аффективная окраска
РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ	Речевой мутизм. Не сразу понимает обращенную речь, однако при изменении интонации (например, шепотом) может выполнить простую инструкцию. В более старшем возрасте наблюдаются эхоталии	Могут пользоваться речью при аффективно-значимых ситуациях. Набор речевых штампов жестко связан с ситуацией. Эхоталии, телеграфный стиль речи. Не использует обращенную речь. Повышенное внимание к аффективной стороне речи, к стихосложению. Склонность к словотворчеству	Высокое развитие словарного запаса при слабом развитии коммуникативной стороны речи. В экстремальной ситуации возможны речевые штампы	В целом уровень речевого развития в диапазоне возрастной нормы. В процессе речевого общения возможны аграмматизмы



1	2	3	4	5
ПРОГНОЗ	Нуждается в постоянной опеке со стороны взрослых в условиях специального учреждения или в семье	Возможно обучение на дому по индивидуальной программе. Овладение элементарным счетом, чтением	Возможно обучение на дому или в коррекционном классе по специальной программе	Прогноз благоприятный. Возможно обучение по массовой программе в школе

### **ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ**

При составлении психокоррекционных программ необходимо ориентироваться на специфику аффективной патологии. Традиционно выделяются две основные группы:

– дети с выраженным искажением эмоционально-волевого развития;

– дети с выраженным искажением когнитивного развития. Некоторые авторы предлагают выделить третью группу – мозаичные формы искаженного развития, при котором наблюдаются как искажения эмоционально-волевой сферы, так и когнитивных процессов (Семаго Н., Семаго М., 2000). Однако следует подчеркнуть, что определяющим симптомокомплексом у детей с искаженным развитием является аффективная патология, а нарушения речи, моторики, когнитивных процессов являются вторичными и могут способствовать углублению психического дефекта.

Учитывая специфику искаженного развития, необходим комплексный подход к психологической коррекции. Необходимо привлечение к психокоррекции специалистов различного профиля: детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, музыкального работника и других.

Вторым важным принципом является строгое соблюдение этапности психокоррекционных воздействий с учетом степени выраженности эмоционального и интеллектуального дефекта у ребенка с РДА.

Третий принцип – принцип уровневого подхода к эмоциональной регуляции поведения аутичного ребенка, предложенный Лебединским В. В. с соавторами.

Базовая аффективная регуляция человека представлена авторами в виде структуры, состоящей из четырех основных уровней.

1. Уровень полевой реактивности (аффективной пластичности).
2. Уровень аффективных стереотипов.
3. Уровень аффективной экспансии.
4. Уровень аффективного (эмоционального) контроля.

Каждый уровень, по мнению авторов, вносит свой вклад в организацию всей психической деятельности. На каждом из уровней решаются качественно различные задачи адаптации ребенка, и ослабление или усиление функционирования какого-либо уровня может привести к общей дезадаптации. В процессе психического развития ребенка механизмы аффективной регуляции качественно преобразуются и совершенствуются.

Рассмотрим каждый из этих уровней:

Первый – *уровень полевой реактивности* исходно связан с наиболее примитивными, пассивными формами психической адаптации ребенка. Аффективные переживания на этом уровне еще не содержат положительной или отрицательной оценки, они связаны лишь с общим ощущением комфорта или дискомфорта. Этот уровень является базальным в адаптации ребенка к миру. Задача этого уровня – организация аффективной преднастройки ребенка к активному контакту с окружающим миром. Этот уровень является наиболее «примитивным» механизмом регуляции, но во многом определяет человеческое поведение в среде, обеспечивая индивиду безопасность и эмоциональный комфорт. Именно на этом уровне у ребенка начинают формироваться собственные приемы стабилизации аффективной жизни (душевного равновесия).

В более старшем возрасте у ребенка и у взрослых этот уровень выполняет фоновые функции в осуществлении эмоционально-смысловой адаптации к окружающему. Он обеспечивает тоническую реакцию аффективных процессов.

Для оценки сформированности уровней аффективной регуляции К. С. Лебединской и О. С. Никольской (1991) была предложена диагностическая «Карта наблюдений за поведением ребенка, имеющего эмоциональное недоразвитие», модифицированная Н. Я. Семаго, М. М. Семаго (2000).

Данная схема ориентирована на анализ поведения и эмоцио-**нальших** реакций ребенка в различных жизненных ситуациях. Каждый из четырех уровней анализируется авторами с точки зрения гипо- или гиперфункционирования того или иного уровня. Это дает возможность представить соответствующий «профиль» структуры аффективной регуляции у ребенка. Гипер- или гипofункцию авторы рассматривают как дисфункцию какого-либо уровня аффективной регуляции.

При анализе функционирования отдельных уровней аффективной регуляции в первую очередь ими выделяется и анализируется характер нарушения взаимодействия существующих уровней, особенности гиперкомпенсаторных механизмов, определяется синдром аффективной дезадаптации в целом.

Рассмотрим основные ориентиры наблюдений за ребенком первого уровня аффективной регуляции.

При *гипofункции первого уровня* выделяются следующие психологические радикалы:

1. Чувствительность ребенка к интенсивности изменений в процессе контакта и взаимодействия с другими людьми:

- чувствителен к резкой перемене голоса;
- не переносит неожиданного (например, с незнакомым человеком) зрительного контакта, также для него труден длительный зрительный контакт;
- чувствителен к качеству прикосновений, напрягается, **от-клоняется**, если кто-либо неожиданно сильно или резко притягивает его к себе, усаживает, передвигает;
- испытывает беспокойство, напряжение, если кто-либо резко меняет дистанцию во время общения (садится близко, касается коленями);
- замирает, капризничает или отказывается работать при быстрой смене видов деятельности.

2. Чувствительность ребенка к изменениям в расположении окружающих объектов в процессе освоения им жизненного пространства:

- не любит находиться в пустых, слишком просторных помещениях;
- боится маленьких, закрытых помещений;
- любит порядок, долго раскладывает вещи на столе, пытается как бы все классифицировать, разложить по группам.

3. Чрезмерная чувствительность к интенсивности сенсорных впечатлений проявляется в следующем:

- не любит или боится слишком громких звуков, вида сильного пламени, яркого света, даже незначительных перепадов температуры.

4. Особенности поведения проявляются в следующем:

- боится новых впечатлений;
- боязлив, нерешителен при смене обстоятельств, не уверен в собственных силах, часто перестраховывается;
- часто наблюдается пониженное настроение, бывают резкие перепады в настроении;
- любит играть один.

При *гиперфункции первого уровня* наблюдается следующее:

1. Ребенок не испытывает дискомфорта при интенсивных изменениях во время взаимодействия и общения с другими, что проявляется в следующих особенностях:

- не устает от случайных и частых контактов с другими людьми, может подолгу находиться среди незнакомых людей, в толпе;
- не боится прикосновений чужих людей;
- нечувствителен к изменению дистанции во время общения;
- нечувствителен к отрицательной эмоциональной оценке;
- нечувствителен к качеству сенсорных впечатлений;
- устойчив к холоду, голоду, боли;
- неразборчив в еде;
- не имеет выраженных сенсорных привычек;
- стремится к частой смене впечатлений.

2. Ребенок не реагирует отрицательно на интенсивное изменение объектов в окружающем мире во время освоения пространства:

- не боится высоты, достаточно ловко карабкается, любит смотреть вниз с высоты;
- не испытывает страха в просторном или тесном помещении.

3. В поведении чаще всего проявляются следующие особенности:

- любит частые перемены во внешних обстоятельствах;
- не боится оказываться на новом месте, любит находиться один, в том числе в незнакомых местах;
- склонен к бродяжничеству;
- неадекватно оценивает свои возможности, не критичен;
- с трудом усваивает правила поведения, не стремится их выполнить;
- постоянно повышенное настроение.

Роль этого уровня в аффективной регуляции поведения чрезвычайно велика, и недооценка его влечет за собой существенные издержки в психокоррекционном процессе. Тоническая эмоциональная регуляция с помощью специальных ежедневных психотехнических приемов (например, расслабляющая музыка, приятные зрительные и тактильные стимулы) оказывает позитивное воздействие на разные уровни базальной

эффективности. В связи с этим не случайно в процессе разнообразных психорегулирующих тренировок используются разнообразные сенсорные стимулы (звук, цвет, свет, тактильное прикосновение) в психокоррекции поведения.

Второй – *уровень аффективных стереотипов* играет важнейшую роль в регуляции поведения ребенка первых месяцев жизни, в отработке его приспособительных реакций – пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью. На этом уровне происходит углубление аффективного контакта со средой. Это проявляется в качественной оценке сигналов из окружающего мира и внутренней среды организма, в аффективно-избирательной оценке ощущений всех модальностей: слуховых, зрительных, тактильных, вкусовых и др. Одной из задач этого уровня является регуляция процесса удовлетворения витальных потребностей. Уровень аффективных стереотипов устанавливает контроль за функциями организма, упорядочивает психосоматические ощущения и связывает их с внешними сигналами.

Развитие этого уровня приводит к возникновению первичной аффективной избирательности, которая проявляется в оценке соответствия внешнего воздействия витальным нуждам организма, оценке комфорта или дискомфорта в связи с нарушениями процесса удовлетворения потребности.

Важной характеристикой этого уровня является непереносимость, неприятие впечатлений, связанных с изменениями условий жизни. Именно на этом уровне закладываются основы формирования индивидуальности человека. Аффективные стереотипы являются фоновым обеспечением наиболее сложных форм поведения человека. Эти стереотипы задают аффективный смысл поведению. Типом поведения, характерным для этого уровня аффективной адаптации, являются стереотипные реакции. Аффективные стереотипы можно рассматривать как необходимый фон для обеспечения самых сложных форм поведения человека.

Особенности поведения ребенка *при гипофункции второго уровня* проявляются в следующих радикалах:

1. Ребенок чрезмерно чувствителен к качеству сенсорных впечатлений и собственному соматическому состоянию:

- имеет устойчивые привычки в еде, требователен к качеству пищи, не принимает новых или незнакомых блюд;
- не любит расставаться с привычной одеждой;
- не любит перепадов температуры, пищу принимает только той температуры, к которой привык;
- не может заснуть в непривычной обстановке;
- часто жалуется на недомогание, не переносит малейшей боли;
- быстро устает, часто жалуется на усталость;
- часто испытывает немотивированный страх за собственное здоровье;
- испытывает страх темноты, одиночества, высоты, незнакомых людей и обстоятельств.

2. Ребенок испытывает дискомфорт в нестабильных, меняющихся обстоятельствах:

- с трудом привыкает к режиму в детском саду, школе, чувствителен к изменениям в режиме;
- с трудом привыкает к новому учителю, новому коллективу;

- не любит перемен, новых впечатлений, не стремится к ним;
- капризничает, может отказываться от работы или проявлять агрессию при переключении на новый вид деятельности.

3. Ребенок испытывает трудности и дискомфорт во взаимодействии и общении с другими людьми:

- не склонен к сотрудничеству, особенно если оно протекает в непривычных для ребенка обстоятельствах;
- имеет низкую коммуникативность;
- излишне привязан к людям, жалеющим его;
- имеет склонность к защитным, компенсаторным реакциям и, в случае отрицательной оценки его деятельности, наказаний: раскачивается, сосет палец, тербит предметы и т. п.;
- часто замкнут, неразговорчив, одинок или имеет таких же, как он, приятелей.

4. Особенности в поведении:

- часто имеет пониженное настроение;
- раздражителен, ворчлив;
- имеет ригидную самооценку;
- чувствителен к ритмическим впечатлениям, любит музыку.

При *гиперфункции второго уровня* наблюдается следующее:

1. Особое влечение ребенка к разнообразным сенсорным впечатлениям и затруднения в оценке собственных физиологических потребностей:

- отсутствуют устойчивые привычки в еде, всеяден, любит обильную, разнообразную, вкусную пищу, прожорлив;
- стремится к интенсивным, ярким сенсорным впечатлениям (любит смотреть на огонь, дождь и т. д.);
- имеет тягу к неприятным впечатлениям, небрежлив, может взять с пола пищу и съесть ее;
- не боится боли, вынослив.

2. Проблемы в процессе взаимодействия и общения с другими людьми: ,

- агрессивен по отношению к близким, учителям в тех слу-, чаях, когда ему не позволяют осуществить влечение, задуманное действие;
- нечувствителен к нуждам других, если они противоречат , удовлетворению собственных.

3. Особенности в поведении:

- нетерпелив, ригиден;
- склонен к стереотипным аффективным реакциям при давлении со стороны других;
- может быть конформным, если хочет добиться своего.

Активизация этого уровня эмоциональной регуляции в процессе психокоррекции достигается при сосредоточении пациента на чувственных (мышечных, вкусовых, тактильных и прочих) ощущениях, восприятии и воспроизведении простых ритмических стимулов. Этот уровень, так же как и первый, способствует стабилизации аффективной жизни человека. Разнообразные психотехнические приемы, широко используемые психологами, такие как ритмические повторы, ритуальные действия, прыжки, раскачивания и пр., имеют важное значение в психокоррекции поведения ребенка и подростка особенно на

первых этапах занятий. Они оказывают как расслабляющее, так и мобилизующее влияние в коррекции поведения детей и подростков.

Третий уровень аффективной организации поведения – *уровень аффективной экспансии* – является следующей ступенью эмоционального контакта человека со средой. Его механизмы постепенно начинают осваиваться ребенком на втором полугодии жизни и способствуют формированию активной адаптации к новым условиям. Аффективные переживания третьего уровня связаны не с самим удовлетворением потребности, как это было на втором уровне, а с достижением желаемого. Приспособительной, смысловой задачей этого уровня является овладение неизвестной (следовательно, опасной) ситуацией; поиск путей преодоления трудностей; получение положительных тонизирующих переживаний, если преодоление удалось. Этот уровень позволяет ребенку адекватно оценивать свои силы в столкновении с препятствием, информацию о границах собственных возможностей. Аффективные переживания этого уровня отличаются большой силой и напряженностью.

Если на втором уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание вызывают тревогу, страх, то на данном уровне они мобилизуют субъекта на преодоление трудностей, ребенок испытывает любопытство к неожиданному впечатлению, азарт в преодолении опасности, гнев, стремление к уничтожению преград.

При *гипофункции третьего уровня* наблюдается следующее:

1. Ребенок испытывает значительные затруднения в решении проблемных ситуаций:

– не интересуется новыми заданиями;

– быстро пресыщается, теряет цель, отвлекается, отказывается от деятельности, если она вызывает трудности;

– требуется постоянная организация деятельности, стимуляция и одобрение для продолжения деятельности в трудных для ребенка обстоятельствах, самостоятельно работу в случаях затруднения не продолжает;

– испытывает страх перед незнакомыми, новыми, неизвестными обстоятельствами;

– не может принять решение, сделать выбор, преодолеть сопротивление;

– склонен к фантазиям на тему успехов, преодоления преград, риска.

2. Испытывает затруднения в общении и взаимодействии с другими людьми:

– имеет невысокую коммуникативность;

– внушаем, некритичен;

– ощущает чрезмерную потребность во внимании, поддержке, стимуляции со стороны других людей;

– может использовать способность других людей к сопереживанию с целью заставить их выполнять его желания;

– сверхосторожен в восприятии отрицательной оценки.

3. Имеет ряд личностных особенностей:

– испытывает чрезмерную чувствительность к оценке отрицательных впечатлений;

– может быть боязлив;

– неуверен в себе, имеет неадекватную самооценку.

При *гиперфункции* этого уровня:

1. Ребенок затрудняется в понимании смысла взаимодействия:

– легко вступает в контакт, но к эмоциональному взаимодействию не стремится;

- проявляет кратковременную заинтересованность в заданиях;
- легко заражается состоянием другого человека;
- склонен привлекать внимание к себе любыми доступными средствами, порой даже неадекватными;
- подчиняется требованиям только при интенсивной эмоциональной оценке деятельности, под угрозой наказания;
- часто проявляет негативизм;
- требует постоянной оценки своей деятельности (при этом нечувствителен к ее знаку), постоянного внимания к себе;
- часто провоцирует конфликты между другими, испытывая от этого удовольствие.

## 2. Имеет ряд личностных особенностей:

- склонен к вранью, бродяжничеству;
- стремится к опасным, рискованным поступкам, не испытывает страха высоты, темноты и т. п.;
- испытывает влечение к отрицательным, часто гадким впечатлениям;
- получает удовольствие от роли «бандита», негодяя.

В процессе психокоррекции уровень аффективной экспансии стимулируется под влиянием переживаний, возникающих в процессе азартной игры, риска, соперничества, преодоления трудных и опасных ситуаций, разыгрывания устрашающих сюжетов, содержащих реальную перспективу их успешного разрешения.

Четвертый – *уровень эмоционального контроля* (высший уровень системы базальной эмоциональной регуляции) формируется на основе субординации, взаимодополнения и социализации всех предыдущих уровней. Смысловой задачей этого уровня является налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми: формирование правил, норм взаимодействия с ними. С помощью этого уровня обеспечивается контроль социума над индивидуальной аффективной жизнью, она приводится в соответствие с требованиями и нуждами окружающих.

Этот уровень дает возможность выделить аффективные проявления другого человека как сигналы, наиболее значимые для адаптации к окружающему. Значимыми сигналами становятся лицо человека, его мимика, взгляд, голос, интонация, прикосновение, жест. Такая ориентировка позволяет оценить возможные эмоциональные последствия собственного поступка. Положительно здесь оценивается одобрение людей, отрицательно – их негативная реакция. Этот уровень реально опирается на аффективный опыт других людей, стабильно обеспечивает адекватную реакцию на их оценку, и это является основой для возникновения эмоционального контроля человека над своим поведением – радость от похвалы и огорчение от неприятия. Именно здесь формируется самоощущение, окрашенное эмоциональными оценками других людей, и создаются предпосылки развития самооценки.

Этот уровень создает образ надежного, стабильного окружающего мира, в котором существуют эмоциональные правила поведения для всех. Адаптивное аффективное поведение поднимается на следующую ступень сложности, закладывается аффективная основа произвольной организации поведения человека. Поведенческий акт субъекта уже становится поступком, действием, строящимся с учетом отношения к нему другого человека. В случае неудачи адаптации субъект уже не реагирует ни уходом, ни двигательной бурей, ни направленной агрессией, как это возможно на предыдущих уровнях, – он обращается за

помощью к другим людям. На этом уровне происходит совершенствование аффективной ориентировки в себе, что является важной предпосылкой развития самооценки. Аффективное переживание на данном уровне связано с сопереживанием другому человеку.

При *гипофункции четвертого уровня*:

1. Ребенок испытывает трудности в коммуникации и чрезмерную зависимость от эмоциональной оценки других людей:

- проявляет низкую активность в контакте;
- может ошибаться в определении знака эмоциональной оценки в процессе общения, проявляя особую чувствительность к взгляду, голосу, тактильному контакту, дистанции в общении;
- стремится к привычному кругу общения;
- особо раним во взаимоотношениях даже с близкими людьми;
- испытывает постоянную потребность в положительной оценке, во внимании;
- неуверен в правильности своего поведения, постоянно нуждается в подтверждении этой правильности со стороны других;
- постоянно обращается за помощью к взрослым, несамостоятелен;
- имеет чрезмерную симбиотическую связь с матерью (чаще всего);
- ощущает тревогу, страх, отказывается от деятельности при отсутствии эмоционального соучастия близких;
- в деятельности больше ориентируется не на результаты труда, а на их внешнюю оценку.

2. Имеет ряд личностных особенностей:

- внушаем, легко отказывается от своего мнения в пользу мнения значимого человека, часто попадает под аффективное давление других людей;
- мнителен, недоверчив к предложениям других;
- излишне зависим от принятых им норм поведения;
- часто не терпит нарушений в сложившихся взаимоотношениях.

При *гиперфункции четвертого уровня*:

1. Ребенок чувствует чрезмерную потребность в эмоциональном общении с людьми:

- легко вступает в контакт, испытывает удовольствие от общения со случайными людьми, легко заражается их состоянием;
- допускает близкую дистанцию в общении, не чувствуя усталости от общения с людьми, даже малознакомыми;
- не требователен к качеству общения;
- под влиянием других может легко преодолевать трудности, но под другим влиянием может и легко отказаться от принятого решения;
- испытывает огромную потребность в восхищении или сопереживании со стороны всех других людей.

2. Имеет ряд своеобразных личностных черт:

- конформен;
- несамостоятелен, часто труслив;
- слепо подчиняется правилам, которые выработаны другими. Коррекция эмоционально-смысловой организации поведения требует обязательного включения таких



психокоррекционных приемов, как сотрудничество, партнерство, рефлексия, что способствует формированию гуманизма, сопереживания, самоконтроля.

Структурно-уровневое изучение базальной эмоциональной организации личности имеет важное значение в диагностике особенностей индивидуального поведения детей и подростков и разработке эффективных способов коррекции.

Сложная специфика аффективной дезадаптации аутичного ребенка требует специальной организации психокоррекционной работы. В связи с повышенной возбудимостью у ребенка, импульсивностью, хаотичностью его деятельности необходимы специальные мероприятия по обеспечению безопасности детей в процессе занятий. Занятия должны проходить в специально оборудованном зале, где обязательно должно быть мягкое освещение, палас или ковер на полу. В зале не должно быть острых и тяжелых предметов, неустойчивой мебели. Не рекомендуется выставлять много игрушек в пространстве, доступном ребенку, так как это может его отвлекать.

Аутичные дети чувствуют себя спокойнее и безопаснее, если существует четкий распорядок дня, четкое соблюдение традиций. Например, многие дети требуют неукоснительного соблюдения режима дня: прогулка должна проходить в одно и то же время и по одному и тому же маршруту, обед – в один и тот же час. При этом трудно убедить такого ребенка изменить установленный порядок. Поэтому необходима строгая организация режима в коррекционной группе. Обязательным является идентичность обстановки занятий и постоянство состава группы, так как аутичные дети трудно приспосабливаются к новой обстановке и новым людям.

При организации группы необходимо учитывать также степень тяжести дефекта. Для детей с тяжелой аффективной патологией (первая и вторая группы) состав группы может варьировать от 3 до 5 детей, и не больше. В состав группы можно включить здоровых детей, желательны родственники аутичных детей.

Этапы и задачи психокоррекционного процесса должны определяться степенью тяжести аффективной патологии, возрастом детей. Желательно включать в группу детей с разницей возраста не больше двух лет.

Основные направления психокоррекционной работы с аутичными детьми заключаются в следующем:

- ориентация аутичного ребенка во внешний мир;
- обучение его простым навыкам контакта;
- обучение ребенка более сложным формам поведения;
- развитие самосознания и личности аутичного ребенка.

В работах В. В. Лебединского с соавторами рассмотрены основные задачи психологической коррекции детей с РДА:

1. Преодоление негативизма при общении и установление контакта с аутичным ребенком.
2. Смягчение характерного для аутичных детей сенсорного и эмоционального дискомфорта.
3. Повышение психической активности ребенка в процессе общения со взрослыми и детьми.
4. Преодоление трудностей организации целенаправленного поведения.
5. Преодоление отрицательных форм поведения (агрессия, негативизм и пр.)

6. Организация целенаправленного взаимодействия психолога с ребенком в процессе доступной ему игры или другой формы деятельности.

Основные этапы психологической коррекции:

*Первый этап* – установление контакта с аутичным ребенком. Для успешной реализации этого этапа рекомендуется щадящая сенсорная атмосфера занятия. Это достигается с помощью спокойной негромкой музыки в специально оборудованном помещении для занятий. Важное значение придается свободной мягкой эмоциональности занятий. Психолог должен общаться с ребенком негромким голосом, в некоторых случаях, особенно если ребенок возбужден, даже шепотом. Необходимо избегать прямого взгляда на ребенка, резких движений. Не следует обращаться к ребенку с прямыми вопросами.

Установление контакта с аутичным ребенком требует достаточно длительного времени и является стержневым моментом всего психокоррекционного процесса. Перед психологом стоит конкретная задача преодоления страха у аутичного ребенка, и это достигается с помощью создания постоянной устойчивой обстановки занятий, поощрением любой, даже минимальной активности ребенка. На данном этапе занятий не рекомендуются директивная игровая терапия. Психолог присутствует в качестве наблюдателя за ребенком в процессе его игр, фиксирует реакции ребенка, отмечает, что вызывает у ребенка отрицательные и положительные эмоции.

Коррекционные воздействия на данном этапе должны быть направлены на реализацию ребенком собственных резервов и механизмов базальной аффективной. Это достигается с помощью разнообразных приемов, направленных на изменение аффективного состояния. Например: общая релаксация, снятие патологического напряжения, уменьшение тревожности, увеличение активности ребенка. На данном этапе очень важна роль родителей, их положительная установка на занятие и активность в его организации.

*Второй этап* психокоррекции детей с РДА – усиление психической активности детей. Решение этой задачи требует от психолога умения почувствовать настроение больного ребенка, понять специфику его поведения и использовать это в процессе коррекции.

Например, у многих детей с РДА наблюдается тяга к ритмическим раскачиваниям. Психолог должен использовать эти особенности детей в процессе выполнения специальных упражнений (танцевальные ритмические упражнения и пр.). Необходимо уловить момент аффективного подъема у ребенка и придать ему реальный игровой эмоциональный смысл.

*На третьем этапе* психокоррекции важной задачей является организация целенаправленного поведения аутичного ребенка. Это достигается с помощью музыкального сопровождения занятий и специальных игр, направленных на длительное положительное сосредоточение ребенка. Например, игра «Мыши тише-тише», «Море волнуется», «Глаза в глаза» и пр.

Кроме общих задач, в процессе коррекции детей с РДА выступают и частные задачи, направленные на преодоление негативных аффективных переживаний и патологических форм поведения. Необходимо помнить, что такие реакции ребенка, как агрессия, негативизм, имеют защитный характер, и для преодоления их нужны комфортные условия для ребенка. Запрещается осуждение поведения ребенка в присутствии взрослых и других детей, рекомендуется использовать разнообразные прожективные методы и методы переключения. Например, ребенок с РДА в процессе занятий с кубиками постоянно разрушает постройки у других детей. Психолог вместе с ребенком строит и разрушает построенное и при этом

эмоционально реагирует на падение кубиков возгласами «ух», «бух» и пр. Второй пример: у мальчика с РДА имели место навязчивые желания схватить за волосы присутствующих в группе. Когда он входил в группу, психолог предлагала ему погладить по голове себя и других детей и обращала внимание на то, что так он по-особенному приветствует присутствующих. Важно, чтобы ребенок не застревал на своих агрессивных действиях. Не рекомендуется делать прямые замечания ребенку, удалять его из группы. Все эти директивные методы могут только усугубить его агрессивные проявления.

## ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В течение ряда лет с 1986 по 1998 год сначала на базе созданного впервые в Ленинграде психолого-педагогического центра, а затем при обществе «Милосердие – Ленинград» нами проводились психокоррекционные занятия с группой детей, страдающих ранним детским аутизмом.

Сам процесс групповых занятий состоял из нескольких блоков:

Блок 1 – диагностико-консультативный;

Блок 2 – ориентировочный;

Блок 3 – основной коррекционный;

Блок 4 – закрепляющий.

Каждый блок включает в себя конкретные задачи.

Основные задачи *первого блока* психокоррекционных занятий.

Предварительное знакомство с ребенком и его родителями. Это знакомство проходило в форме консультации в кабинете. Ребенку предлагались разнообразные игры, которые он выбирал самостоятельно и играл в течение беседы психолога с родителями. Психолог изучал медицинские документы, анализировал продукты творчества ребенка (рисунки, тетради, поделки). С детьми третьей и четвертой группы возможно проведение психологического тестирования. Использовались преимущественно функциональные пробы для оценки особенностей работоспособности и динамики психических процессов, а также прожективные методы (методика Розенцвейга, детский вариант методики КАТ, методика Рене-Жиля, графические тесты). Следует подчеркнуть, что психологическое тестирование аутичного ребенка носит вспомогательный характер, а главным диагностическим критерием должны быть наблюдения за ребенком в свободной игре и в процессе психокоррекционных воздействий. Среди основных параметров наблюдения мы выделили:

1. Эмоционально-поведенческие особенности, включающие в себя особенности контакта, активность, особенности эмоционального тонуса, оценку ребенком своего поведения и успехов.

2. Особенности работоспособности: динамика продуктивности ребенка в процессе занятий; истощаемость; переключаемость внимания.

3. Особенности развития познавательных процессов: особенности ориентировочно-исследовательской деятельности, понимание обращенной речи и использование речи, особенности целенаправленного поведения.

Нами были разработаны дифференцированные оценки наблюдений от 0 до 3 баллов (см. таблицу 7).

Схема наблюдений за детьми. Характеристика параметра

Параметры наблюдений	Оценки			
	0	1	2	3
1	2	3	4	5
<i>Эмоционально-поведенческие проблемы</i>				
1. Контакт	Контакт полностью отсутствует	Контакт возможен при глубокой заинтересованности и ребенка (например, чтобы дали ребенку игрушку, берет психолога за руку)	Контакт избирательный и неустойчивый (например, вступает в контакт только в присутствии матери. Уходит от контакта, когда психолог о чем-то просит ребенка) когда от ребенка)	Контакт возможен, но интенсивность и длительность его зависит от настроения и состояния ребенка
2. Активность	Отсутствует интерес к занятию. Стереотипии, погруженность в свои проблемы	Избирательная активность. Например, увидев «любимые игрушки», проявляет активность, стереотипно с ними манипулируя	Проявляет интерес к беседе родителей с психологом. Проявляет интерес к игрушкам, манипулирует с ними, но быстро пресыщается, переключается на другие задания	Проявляет интерес к занятию, но тревожен, напряжен, чувствителен к тону, вопросу
3. Эмоциональный тонус и эмоциональные проявления	Недифференцированное отношение к различным ситуациям. Неадекватные эмоции: стойкий негативизм, аффективность, лабильность и пр. Возможны аутоагрессивные реакции	Избирательное отношение к ситуации, но с выраженным проявлением негативизма, наличия, аффективности при изменении ситуации	Напряженность в процессе общения и деятельности, страхи, возможны бурные аффективные проявления при неудовлетворении потребности	Осторожность, повышенная тормозимость или, наоборот, повышенная расторможенность, возбудимость. При неудачах может проявлять обидчивость, аффективность
4. Оценка своего поведения	Преимущественно волевое поведение без признаков критичности	Частое проявление аффективности (немотивированные крики, двигательное беспокойство). На замечание не реагирует	На замечание реагирует, но проявляет напряженность, страх, двигательное беспокойство.	Чувствителен к оценкам и мнениям окружающих. Напрягается при замечаниях. На поощрение реагирует без выраженных эмоциональных проявлений

1	2	3	4	5
<i>Особенности работоспособности</i>				
Динамика продуктивности ребенка в процессе занятия	Отсутствует. Ребенок может быть сосредоточен на каком-то аффективно значимом действии (например, раскачивание, прыжки, постукивания). Или наоборот, проявляет импульсивность, несдержанность, хватает нецеленаправленно предметы	Неупорядоченная, хаотичная деятельность в процессе занятий. Недлительное сосредоточение на инструкции	Замедленный или ускоренный темп при выполнении отдельных заданий	Вначале занятий темп может быть замедленный, но постепенно увеличивается. Или, наоборот, ускоренный темп в начале занятий, а к концу занятий темп нормализуется
Переключаемость и устойчивость внимания	Слабая. Склонность к застреванию при выполнении аффективно-значимых заданий	Наблюдается склонность к застреванию на предыдущих действиях, но способен к переключению внимания при значимом задании	Наблюдается застревание на предыдущих действиях	Выраженных признаков инерции не прослеживается
<i>Познавательная деятельность</i>				
Ориентировочная деятельность	Выраженная псевдоактивность при полном отсутствии рационального анализа объекта. Сниженная активность при непродуктивном поиске	Ослабленная направленность на объекты, примитивные, стереотипные манипуляции с игрушками	Проявляет интерес к объектам, предварительно разглядывает их но направленность поиска ослаблена	Активные целенаправленные манипуляции с предметами
<i>Речевая деятельность</i>				
Экспрессивная речь	Полное отсутствие внешней речи, на высоте аффекта произносит редкие слова или фразы	Имеется набор коротких стереотипных фраз. Наблюдаются колалия. Не пересказывает даже короткий текст. Отсутствуют развернутые фразы	Развернутая речь, но трудности диалога	

Задачи *второго (ориентировочного)* блока занятий:

– подбор группы для ребенка;

– установление эмоционального контакта психолога с ребенком и ребенка с членами группы.

Важным на этом этапе занятий является анализ степени нарушения аффективного развития ребенка. Психолог устанавливает форму и тип аутизма, специфику стереотипности, формы ауто-стимуляции особенности взаимодействия ребенка с окружающими. Кроме того, необходимо обратить внимание на особенности интеллектуального развития ребенка. Например, у большинства аутичных детей, относящихся к первой и второй группе, запас знаний, характер игровой деятельности значительно отстают от возрастной нормы. У них преобладает манипулятивная игра, наблюдаются слабые реакции на новые игрушки и ситуации. Поэтому на ориентировочном этапе занятий необходимо проследить, как формируются у ребенка реакции оживления, слежения за предметами, слухомоторные и зрительно-моторные координации, каковы особенности его манипулятивной деятельности.

Для реализации задач ориентировочного этапа целесообразно сформировать микрогруппу из 2–3 детей с РДА и использовать недирективные игровые методы. Психолог предварительно раскладывает 3–4 игровых пособия в зависимости от возраста ребенка. Например, вкладки из набора Монтессори, строительные наборы, дидактические игры, мячи, кегли, доску и цветные мелки. Наблюдая за ребенком в процессе недирективной игры, психолог определяет, к какой из четырех описанных выше групп относится ребенок и в какую коррекционную группу его можно определить. Дополнительную информацию о ребенке психолог получает в беседе с родителями, а также в процессе консультаций с другими специалистами (психиатр, логопед, дефектолог, социальный работник).

После ориентировочного психологического обследования, длительность которого варьирует от 2 до 5 занятий, ребенок включался в психокоррекционную группу. При формировании группы нами учитывались степень тяжести аффективной и интеллектуальной патологии, время возникновения заболевания, особенности социальной ситуации развития аутичного ребенка (воспитывается дома, посещает специализированное учреждение и пр.).

*Основной коррекционный блок занятий* направлен на исправление аффективных и интеллектуальных нарушений у детей с РДА.

На основе опыта многолетней работы нами были предложены следующие направления занятий с детьми с РДА первой и второй группы.

1. Формирование эмоционального контакта с психологом и членами группы.

2. Развитие разнообразных манипуляций с предметами в процессе группового взаимодействия.

3. Переход от манипулятивных игр к сюжетным.

Важное значение имеет формирование эмоционального контакта с психологом.

С этой целью можно использовать следующие психотехнические приемы:

*Игра «Ручки»*

Цель: формирование эмоционального контакта с психологом.

Ход игры. Группа из 2–3 детей располагается перед психологом. Психолог берет ребенка за руки и ритмично похлопывает своей рукой по руке ребенка, повторяя «Рука моя, рука твоя...». Если ребенок активно сопротивляется, отнимает свою руку, тогда психолог продолжает похлопывания себе или с другим ребенком.

Опыт нашей работы показывает, что тактильный контакт имеет важное значение в формировании эмоционального общения с ребенком.

*Игра «Отойди и подойди»*

Цель: та же.

Ход игры: психолог отходит от ребенка на несколько шагов и руками приглашает его подойти, приговаривая: «Подойди ко мне, хороший мальчик (девочка)». Когда ребенок приблизится, то психолог обнимает его, удерживает, если ребенок оказывает сопротивление, – старается заглянуть ребенку в глаза, приговаривая: «Какой хороший, умный, красивый и пр.».

*Игра «Хоровод»*

Цель: формирование эмоционального контакта с психологом и другими детьми.

Ход игры (группа из 3–5 человек): психолог выбирает из группы ребенка, который здоровается с детьми, пожимает каждому ребенку руку. Ребенок выбирает того, кто будет в центре хоровода. Дети, взявшись за руки, под музыку приветствуют того, кто находится в центре круга. Дети поочередно входят в центр круга, и группа приветствует их.

Эта игра вызывает много положительных эмоций у детей с РДА, однако многие из них на первых этапах занятий отказываются войти в круг, затыкают уши, убегают.

*Игра «Качание в одеяле»*

Цель: установление эмоционального контакта с группой. Ход игры (группа детей и взрослых из 5–7 человек): психолог предлагает ребенку сесть на одеяло. Взрослые вместе с остальными детьми раскачивают ребенка в одеяле, приговаривая: «Море волнуется раз, море волнуется два...»

Игра вызывает много положительных эмоций у детей с аутизмом.

*Игра «Догонялки»*

Цель: та же.

Ход игры (проводится с подгруппой из 2-3 человек): психолог предлагает детям убежать, прятаться от него. Догнав ребенка, психолог обнимает его, пытается заглянуть в глаза и предлагает ему догнать других детей. В игре могут участвовать родители.

Особое значение имеет формирование у аутичного ребенка способности к подражанию как одному из способов усвоения общественного опыта.

Психотехнические игры:

*Игра «Птички»*

Цель: развитие эмоционального контакта ребенка с психологом и обучение ребенка подражанию действиям взрослых.

Психолог показывает детям, как птицы взмахивают крыльями, и приглашает детей «прилететь к нему». Если ребенок не выполняет движение (взмах руками), психолог помогает ему. Задание можно усложнить. Психолог присаживается на корточки и стучит пальцем по полу, показывая детям, как птички клюют зернышки. Задания можно повторить.

*Игра «Обезьянка»*

Цель: учить детей подражать мелким движениям рук.

Оборудование: игрушка Обезьянка.

Ход игры. Дети стоят в кругу, психолог показывает обезьянку и рассказывает, как она любит подражать. Психолог поднимает руку, потом делает это же движение с обезьянкой, потом предлагает детям выполнить это движение самим или на обезьянке. Затем движения усложняются: взмах рукой, хлопанье в ладоши, постукивание и пр.

Аналогичные игры можно проводить с куклой, можно использовать ребенка в качестве куклы и дети поочередно показывают действия на нем. Учитывая наличие страхов у детей с РДА и трудности контакта с ними, можно предложить выполнить эту роль родителям. Можно включить в группу здоровых братьев и сестер.

На следующем (втором) этапе основного коррекционного блока занятий можно предложить детям разнообразные манипулятивно-игровые игры с предметами, что способствует развитию у них зрительного и осязательного восприятия. Очень важно формировать у ребенка представление о собственном теле, его частях, сторонах.

Психотехнические игры:

*Игра «Возьми, положи, брось»*

Цель: учить слушать и понимать речевую инструкцию.

Оборудование: кегли, корзина или коробка.

Ход игры: психолог ставит на стол кегли, предлагает детям взять их и кинуть в коробку, которая находится в двух метрах от него. Если дети успешно справились с заданием, то можно организовать соревнование: «Кто быстрее». Занятие можно усложнить. Детям предлагается кинуть кегли в коробку с учетом цвета.

*Игра «Найди место для игрушки»*

Оборудование: кегли, мячи и коробки с разными отверстиями. Ход игры: психолог предлагает ребенку поочередно положить кегли или мячи на место. Можно организовать соревнование. Аналогичные занятия можно организовать и за столом.

*Игра «Собери фигурки»*

Оборудование: доски Сегена.

Ход игры: небольшая группа детей расположена за столом. Каждому ребенку по команде предлагается собрать и разобрать доски.

Возможны усложнения игр (дифференцировка более сложных форм, величины предметов и пр.).

На третьем этапе психокоррекции можно перейти от манипулятивной игры к сюжетно-манипулятивной. Важным является формирование игровых штампов у детей с помощью многократных повторений игр с последовательным включением новых игровых действий.

Психотехнические приемы:

*Игра «Пришел Мурзик поиграть»*

Цель: формирование у детей игровых манипулятивных действий.

Оборудование: игрушка «Кот Мурзик» и различные объемные предметы в специальном полиэтиленовом мешке.

Ход игры (проводится с небольшой подгруппой детей): психолог показывает детям Кота Мурзика, надетого на руку. Кот Мурзик здоровается с каждым ребенком. Затем Мурзик показывает детям прозрачный полиэтиленовый мешок с предметами, которые он принес, и предлагает каждому ребенку взять любое количество фигурок и расставить их на столе.

Следует отметить, что многие дети с РДА, как правило «хватывают» большое количество предметов. Не следует им делать замечание, а в процессе занятия обратить внимание на детей, которые успешно справились с заданием. На последующих занятиях рекомендуется менять игрушки, предлагать детям машинки, маленькие куклы, кубики и пр.

Методические требования к занятиям:

- любые задания должны предлагаться ребенку-аутисту в наглядной форме;
- объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз, с одной и той же последовательностью, одними и теми же выражениями;
- речевые инструкции должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением особого внимания на тональность;



- не рекомендуется говорить с ребенком громким голосом. В процессе общения с ребенком целесообразно переходить на шепотную речь;
- занятия необходимо проводить в одно и то же время и в одном и том же месте;
- после выполнения задания психолог должен обязательно обратить внимание ребенка на его успехи. Даже минимальная активность ребенка-аутиста требует обязательного поощрения.

На дальнейших этапах психологической коррекции психолог усложняет деятельность ребенка, переходя к более сложным играм и упражнениям, направленным на формирование познавательных процессов (восприятия, внимания, памяти) и произвольного поведения.

У детей с аутизмом наблюдается высокий уровень развития механической памяти, непроизвольного внимания и восприятия. Многие дети, особенно третьей и четвертой группы, запоминают длинные стихотворения, поэмы, сказки. Мы наблюдали девочку, которая наизусть знала почти все сказки Пушкина и успешно их воспроизводила. Однако у детей с аутизмом наблюдаются существенные трудности произвольной организации психических процессов: восприятия, памяти, внимания. Например, ребенок может не запомнить простой текст, название геометрической фигуры, цвета, если они его не интересуют, не являются эмоционально значимыми для него. В связи с этим необходимо формировать у детей положительную установку на процесс восприятия материала, создавать специальные игровые ситуации, аффективно значимые для ребенка.

В процессе действий с предметами здоровый ребенок учится различать форму, величину и другие признаки предмета. У ребенка-аутиста наблюдаются стереотипные действия с предметами (подкидывание, катание, стучание и пр.). В процессе занятий психолог должен учитывать эти особенности и обучать ребенка восприятию формы в контексте этих действий. С этой целью можно использовать следующие психотехнические игры:

*Игра «Поймай игрушку»*

Цель: обучение ребенка различению формы.

Оборудование: круглые летающие тарелки, шары, пластмассовые кубы и бруски.

Ход игры: психолог или помощник психолога встает на стул, держит предмет за веревку и предлагает ребенку поймать предмет или покачать его. В процессе выполнения ребенком задания психолог называет форму предмета. После этого ребенку предлагается выбрать названную психологом фигуру и покинуть ее.

Задания можно усложнить и предложить ребенку поймать плоскостную форму. В зависимости от особенностей стереотипии у ребенка можно видоизменить занятия, а именно: предложить ребенку постучать по пойманной фигуре, поводить рукой по ее контуру и пр.

Опыт нашей работы показал, что специальные занятия, направленные на развитие гностических процессов, целесообразно проводить с ребенком индивидуально.

У многих детей с РДА наблюдается пристрастие к одному предмету. Например, Вова С. всегда приходил на занятие с маленькой стеклянной бутылочкой, которую он постоянно сжимал в правой руке. Мать мальчика отмечала, что он любит стеклянные предметы. Психолог предварительно подготовил для него бутылочки разной величины. Занятие вызвало у мальчика огромное удовлетворение. Он показывал большие и маленькие бутылочки, расставлял их в разном порядке. На дальнейших занятиях психолог предложил мальчику конструировать геометрические фигуры из этого материала.

Основной задачей *закрепляющего этапа занятий* было:

– формирование положительных эмоциональных контактов между детьми в коррекционной группе путем создания положительного микроклимата среди детей и среди их родителей;

– преодоление негативных эмоциональных переживаний и реакций (негативизма, страха, оппозиции и пр.), закрепление усвоенных форм поведения и общения;

– перенос усвоенного опыта на процесс общения вне коррекционной группы (в семье или в коллективе).

Решение этих задач осуществляется в процессе подвижно-ролевых, подвижно-соревновательных и сюжетных игр. Важным является обучение детей навыкам принятия решений. С этой целью мы использовали правила выбора игры и распределение игрушек с помощью жребия, очередности. Психолог должен увидеть и поощрить любую инициативу и активность ребенка: похвалить его в присутствии группы, дать ему возможность выполнить роль ведущего. Освоение новых форм является чрезвычайно сложной задачей.

Особое место в процессе взаимодействия психолога с ребенком занимает активизация речевых проявлений.

У детей первой группы на фоне речевого мутизма могут наблюдаться автономные вокализации в виде криков, эхоталличного лепета. Рекомендуется повторять за ребенком произнесенные им звуки. Это вызывает у ребенка интерес к психологу, побуждает его к более разнообразным вокализациям и становится средством эмоционального общения ребенка с психологом.

Важное значение на данном этапе имеет *работа с родителями*. Наш опыт показал, что проведения целенаправленных консультаций для родителей по воспитанию ребенка с аутизмом далеко не достаточно. Необходимо активное участие родителей в психокоррекционном процессе. Для детей первой и второй групп мы организовывали совместные родительско-детские группы. Родители поочередно участвовали в занятиях, помогали психологу в организации занятия.

В зарубежной психологической практике при работе с детьми-аутистами особой популярностью пользуется холдинг-терапия (от *англ.* hold – удерживать, выдерживать, владеть). Она была разработана доктором Мартой Вельч (M. Welch) и впервые внедрена в Материнском центре в Гринвиче, США, в 1978 году. В основу холдинг-терапии положена концепция, которая рассматривает ранние детские эмоциональные расстройства как результат нарушения эмоциональных связей между матерью и ребенком (Rank D., 1949; Bowlby J., 1986). Авторы подчеркивали положительную роль первого контакта младенца с матерью. Привязанность ребенка к матери основана на чувстве безопасности, которое он испытывает при общении с ней. Если чувство безопасности нарушено, то социальное и эмоциональное развитие ребенка идет в неправильном направлении и в крайних вариантах ведет к аутизму. Холдинг-терапия при аутизме имеет характер принудительного контакта, так как эти дети отвергают физическое и эмоциональное взаимодействие с матерью.

Перед тем как рекомендовать холдинг-терапию родителям, психолог предварительно изучает семью ребенка и перед началом сеанса объясняет матери значение метода. В процессе холдинг-терапии перед матерью стоит задача взять ребенка на руки и, преодолев его сопротивление, как можно дольше удержать его. В некоторых случаях, когда ребенок более взрослый или активно сопротивляется, рекомендуется лечь на него, обнять его, прижать к себе и постараться удержать как можно дольше, пока ребенок не успокоится. Во

время сеансов роль психолога заключается в следующем:

- Психолог помогает матери преодолевать затруднения во время сеанса.
- После окончания сеанса психолог анализирует поведение ребенка, его реплики, интерпретирует символику сопротивления ребенка и другие особенности его поведения.

Опыт нашей работы показал высокую эффективность данного метода, особенно для тех детей, которые испытывали существенную эмоциональную депривацию со стороны родителей и особенно матери. Мы считаем целесообразным проводить холдинг-терапию не только с матерью, но и с отцом и другими членами семьи больного ребенка. Эффективность этого метода обусловлена тем, что с его помощью удовлетворяется основополагающая потребность ребенка в социальных контактах, которая базируется на чувстве безопасности.

Холдинг-терапию полезно использовать перед началом занятий. В специально оборудованном помещении для занятий родители садятся вместе с детьми, причем каждый выбирает удобную позу для контакта, и в течение некоторого времени на фоне расслабляющей музыки выполняют упражнения. Элементы холдинг-терапии целесообразно использовать и в процессе второго и третьего этапа занятий с целью усиления психической активности и выработки целенаправленного поведения.

Для этого используются игры «Подкидываш», «Качание в одеяле», «Угадай на ощупь, кто это» и др.

При проведении холдинг-терапии необходимо использовать следующие правила:

1. Сеансы должны проводиться родителями ежедневно, по крайней мере, в течение первых двух месяцев.
2. Первые 3–4 сеанса необходимо проводить в присутствии психолога.
3. Необходимо добиваться полного расслабления ребенка, по крайней мере, на 3–4-м сеансе.
4. Не рекомендуется прерывать сеансы, особенно в первые два месяца.

Итак, основной задачей психологической коррекции детей с РДА является вовлечение их в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Необходимо проводить занятия с жесткой последовательностью игровых действий с их многократным проигрыванием, особенно с детьми первой и второй групп. Опора на стереотипность поведения, ритуальные действия, освоение системы игровых штампов способствует формированию у детей с аутизмом целенаправленного поведения и познавательных процессов. Особое значение во взаимодействии психолога с ребенком имеет активизация речевых проявлений с помощью специальных приемов, что позволяет повысить интенсивность эмоционального контакта между ребенком и психологом. Важное значение в системе психокоррекции детей с аутизмом имеет работа с семьей ребенка, направленная на активное привлечение родителей к проблемам ребенка и обучение их взаимодействию с ним. При разработке психокоррекционной программы для детей с аутизмом психолог должен обязательно учитывать степень тяжести аффективной и интеллектуальной патологии, время возникновения заболевания, особенности социальной ситуации развития аутичного ребенка.

Работа с аутичными детьми предъявляет высокие требования к личности и уровню профессионализма психолога. Опыт нашей работы показал, что не каждый из желающих студентов-психологов может работать с детьми с аутизмом, особенно с детьми первой и второй групп. Полевое поведение детей с рудиментарными способами обследования предметов (облизывание, кусание, обнюхивание), эффективность, агрессивные действия,

несформированность навыков опрятности и пр. вызывает у некоторых брезгливость, растерянность и другие негативные переживания. Следует подчеркнуть высокую сензитивность (чувствительность) детей с аутизмом к человеку. Например, мы предлагали детям с аутизмом выбрать из группы студентов, с кем бы они согласились заниматься. Выбранные детьми студенты отличались высоким эмпатийным потенциалом, эмоциональной стабильностью, имели глубокую направленность на работу с проблемными детьми, отличались повышенной чувствительностью и уважением к окружающим. Эти качества отражают личностную зрелость специалиста. Как справедливо отмечал К. Шнейдер, личностная, зрелость – это способность специалиста-психолога успешно решать свои жизненные проблемы, откровенность, терпимость и искренность по отношению к людям.

Для успешной профессиональной деятельности необходима и социальная зрелость – способность специалиста помочь другим людям эффективно решать их проблемы (Schneider K., 1992).

Кроме групповых методов работы используются индивидуальные методы психологической коррекции детей с аутизмом. Они включают в себя следующие направления:

1. Развитие моторных функций, особенно развитие мелкой моторики.
2. Развитие речевых функций.
3. Развитие познавательных процессов.

Формирование моторных функций может проходить как в процессе групповых занятий, например, на занятии физкультурой, так и в процессе индивидуальных занятий. Эти занятия может проводить опытный педагог-дефектолог, который может использовать любые традиционные формы работы по формированию мелкой моторики: лепку, аппликацию, рисование, конструирование и пр. В процессе проведения таких занятий необходимо соблюдать следующие принципы:

1. Учет психического состояния ребенка. Если ребенок излишне возбужден, то не следует его принуждать, требовать от него беспрекословного выполнения заданий. У аутичного ребенка директивные методы могут вызвать самоагрессию, агрессию, реакцию ухода от ситуации, негативизм.

2. Ориентация на интересы ребенка и доступные ему виды деятельности.

У детей с аутизмом, особенно первой и второй групп, наблюдается недоразвитие манипулятивных действий, что затрудняет дальнейшее развитие продуктивных видов деятельности (конструирование, рисование и пр.), а также задерживает развитие письма. В связи с этим перед психологом стоит задача подобрать такие задания, которые были бы доступны детям и приводили к конкретному результату. Опыт нашей работы показал, что дети с удовольствием рисуют с помощью трафарета, любят работать с пластилиновыми досками, на которые наклеиваются мелкие предметы (мозаика, горох, фасоль). Не следует принудительно обучать ребенка отдельным видам деятельности, а учитывать его интересы и познавательную активность.

3. Любое выполненное ребенком задание необходимо обыграть, придать ему эмоциональный смысл. Например, Миша, 9 лет, самостоятельно взял фломастер во время индивидуальных занятий и стал «чиркать» им по ватману, прикрепленному к мольберту. Психолог обратил внимание ребенка на необычный рисунок и предложил назвать его «ракета в космосе». Мальчик оживился, стал повторять слово «ракета», погладил рисунок рукой, а затем поцеловал его. Психолог повесил рисунок Миши в зале, где он занимался с

группой. Мальчик при входе в зал улыбался, глядя на свой рисунок.

4. Если у ребенка выраженное полевое поведение, трудности сосредоточения на задании, то можно использовать метод совместно неразделенной деятельности психолога и ребенка. Например, в развитии ручной моторики у детей важную роль играют соотносящие действия, когда нужно совместить два предмета или две части предмета. С этой целью целесообразно использовать матрешки, пирамидки, башенки и т. д. Соотносящие действия совершенствуют мелкую моторику, глазомер, согласованность движений рук. Психолог обучает ребенка хватанию, зрительно-двигательным координациям, умению удерживать предмет между большим и указательным пальцами и пр.

#### *Развитие речевых функций.*

Как уже упоминалось выше, у детей с ранним детским аутизмом наблюдается широкий спектр речевых нарушений (см. табл. 7). Несмотря на это, у аутичных детей не наблюдается выраженных нарушений понимания речи. Они достаточно полно воспринимают речь, способны соотносить звуки и слова с объектами, понимать смысл сказанного. Это наглядно может проявляться в поведении аутичного ребенка. Например, в помещении, где занимались дети, было очень душно. Психолог попросил одного из помощников открыть окно, шестилетний Сережа (первая группа) тотчас же откликнулся на просьбу и попытался это сделать сам. Недопонимание речевой инструкции у детей с аутизмом обусловлено недостаточностью их произвольной активности. В связи с этим коррекция речевых нарушений должна проводиться в контексте развития у них произвольного поведения. Никольская с соавторами предложила метод эмоционально-смыслового комментария, который может быть использован родителями. Суть этого метода заключается в том, что родители или педагоги должны добиваться от ребенка осмысления происходящего, постоянно комментируя его деятельность, обозначая словом эпизоды в игре, на занятии, в быту и пр. Авторы справедливо рекомендуют обязательное проговаривание утром и вечером перед сном всех событий, которые произошли с ребенком за день. Опыт нашей работы показал высокую эффективность этого метода. Мы использовали его в процессе групповых занятий с детьми. Перед началом занятий психолог уточнял у родителей события, которые произошли с ребенком за неделю (например, ездил на дачу, приходили гости, отмечали день рождения и пр.). Психолог рассказывал детям о событиях, происшедших с одним из них. Дети располагались по кругу, психолог предлагал ребенку встать в центр круга и начинал эмоциональный рассказ о нем. Например: «Ребята, я хочу вам рассказать про нашего Петю. Вчера Петя с мамой и папой ездил на дачу. Они ехали на...» (пауза), и ребенок сам должен дополнить предложение. Если этого не происходит, то психолог продолжает рассказ. У многих аутичных детей во время таких рассказов мы наблюдали повышение двигательной активности, стереотипии, что указывает на эмоциональную оценку ими происходящего. Некоторые дети шепотной речью заканчивали фразы психолога. Главной целью таких занятий было создание у ребенка потребности в речевой активности. Важным является формирование у ребенка речевой инициативы. Это достигается с помощью подражания психологом действиям, эхоталиям или речевым высказываниям ребенка. Целесообразно записать речевые реакции ребенка на магнитофон и в течение дня включать его. Опыт нашей работы показал высокую эффективность таких методов.

В процессе групповых занятий мы проводили специальные игры, направленные на формирование речевого общения у детей.

Для развития эмоционального общения использовались следующие игры:

*Игра «Позови мячом»*

Цель: запомнить имена членов группы.

Оборудование: воздушные шары.

Ход игры: дети стоят в кругу или сидят на стульях. Психолог показывает ребенку воздушный шар. Предлагает каждому потрогать его рукой.

Затем дает шар одному из детей и предлагает кинуть шар ребенку, которого психолог называет по имени, и назвать его имя. Занятие можно видоизменить и предложить детям передать предмет, например «звенящий колокольчик», «звучащую игрушку» и пр.

Эти задания вызывают эмоциональный интерес у аутичных детей.

*Игра «Трубочка»*

Цель: развитие слухового сосредоточения.

Ход игры: дети сидят на стульях или стоят, психолог подходит с трубочкой к ребенку и шепотом произносит отдельные слова, эмоционально значимые для ребенка, или команды. Например: «Вася хорошо занимается» или «Юля, возьми шарик» и пр. Или просит ребенка выполнить какое-либо действие.

Такие занятия вызывают положительные эмоции у детей

*Игра «Постучи»*

Цель: обучение ребенка ритмическому постукиванию в такт стихотворения и развитие потребности произношения.

Ход занятий: дети сидят за столом, психолог произносит простое стихотворение и одновременно постукивает в такт и просит то же самое сделать детей. Например:

Зайка серенький сидит и ушами шевелит.

Зайка, зайка, что с тобой?

Ты сидишь совсем больной,

Ты не хочешь поиграть.

С нами вместе поплясать,

Зайка, зайка, попляши

И другого отыщи.

*Игра «Закончи фразу»*

Цель: формирование у ребенка потребности речевого общения.

Ход занятий: детям зачитывается знакомое стихотворение. Например, «наша Таня громко плачет, уронила в речку...». Ребенок должен закончить его.

С детьми третьей и четвертой групп рекомендуются занятия по формированию у них способности к последовательному изложению событий. Это достигается как в процессе индивидуальных, так и групповых занятий.

Важную роль в развитии речевой активности ребенка играют родители. Психолог рекомендует родителям комментировать все происходящее с ребенком в течение дня, выделять эмоциональные детали, включая комментарии отношений, чувств, социальные правила. Следует подчеркнуть, что у большинства родителей наблюдаются искаженные оценки речевых возможностей детей. Многие из них считают это основным определяющим недостатком в психическом развитии ребенка, в связи с чем организуют занятия с логопедами и другими специалистами, что еще больше может усугублять речевой мутизм у ребенка. Родители должны помнить, что важным в формировании речи аутичного ребенка является развитие у него потребности в общении, и это может быть достигнуто только в процессе развития целенаправленного поведения.

## ГЛАВА 7.

# ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

### КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание, которое возникает у ребенка в результате поражения головного и спинного мозга на ранних этапах его формирования (внутриутробном, в период родов или в период новорожденности). Основным клиническим симптомом при ДЦП является нарушение двигательных функций, кроме этого, у детей с ДЦП имеют место нарушения зрения, слуха, речи, интеллекта. У некоторых детей наблюдаются судорожные синдромы.

По данным ряда авторов, на 10 000 новорожденных приходится 34–42 ребенка, страдающих церебральным параличом. За последнее десятилетие в России количество детей с детским церебральным параличом увеличилось.

Первое клиническое описание ДЦП было сделано английским врачом-хирургом В. Литтлем в 1861 году. Он доложил об этом на заседании английского Королевского медицинского общества, а затем опубликовал свои наблюдения за детьми, у которых после перенесенной при родах травмы головы развились параличи конечностей (Little, 1862).

В течение почти ста лет детский церебральный паралич назывался болезнью Литтля. Термин «детский церебральный паралич» принадлежит Зигмунду Фрейду. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей. В 1958 году на заседании восьмого пересмотра ВОЗ в Оксфорде этот термин был утвержден и было дано определение: «детский церебральный паралич – непрогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положением тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга». В настоящее время этот термин является общепринятым. В 1983 году Л. О. Бадалян предложил называть детские церебральные параличи «дизонтогенетическими постуральными дискинезиями». Автор справедливо отмечает, что поражение нервной системы при ДЦП представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку или искажение развития. «Эти нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений» (Бадалян, 1993, с. 214). Безусловно, термин «дискинезии» значительно точнее отражает характер двигательных нарушений при ДЦП, подчеркивает их обусловленность расстройствами онтогенеза локомоторных функций. Хотя термин «детский церебральный паралич» не отражает сущности имеющихся при этом заболевании нарушений, однако его широко используют в мировой литературе и другого понятия, всесторонне характеризующего эти патологические состояния, до настоящего времени не предложено.

Прошло много лет со дня выступления В. Литтля, и за этот период опубликовано много исследований по проблеме этого заболевания. В основном это были работы по вопросам неврологического, ортопедического, восстановительного лечения детей с ДЦП.

Однако еще в работах начала века подчеркивалось снижение интеллекта и недоразвитие речи у многих детей с ДЦП. Например, М. Я. Брейтман (1902) первым описал патолого-анатомическую и клиническую картину ДЦП и отметил, что при данном заболевании страдает не только двигательная сфера, но и интеллект и речь.

Начиная с шестидесятых годов прошлого века появилось много работ, посвященных изучению познавательных процессов и речи у детей с церебральным параличом (Kastein, Hendin, 1951; Bot-ta N., Botta P., 1958; Эйдинова и Правдина-Винарская, 1959; Henderson, 1961; Абрамович-Лехтман, 1962; 1965; Хейсерман, 1964; Oswin, 1967; Ипполитова, 1967; Данилова, 1969; 1977; Поппандова, 1971; Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Мамайчук, 1976; Симонова, 1981; Sagan, 1986; Калижнюк, 1987 и др.).

В настоящее время ДЦП рассматривается как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного в пренатальный период или период новорожденности как одна из форм резидуальной нервно-психической патологии центральной нервной системы сложного генезиса. Мозговой органический дефект, составляющий основу ДЦП, возникает рано, в период незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психических расстройств (К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, Л. О. Бадалян, Э. С. Калижнюк и др.). В полиморфной картине психических нарушений при ДЦП наблюдается не только замедленный темп психического развития, но и неравномерный, диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций (Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Калижнюк, 1987; Ковалев, 1985 и др.).

Важным звеном в патогенезе психических нарушений у детей с церебральным параличом является недоразвитие или аномальное развитие фило- и онтогенетически наиболее молодых мозговых структур, формирующихся уже в постнатальный период. У ребенка с ДЦП прежде всего в той или иной степени выключена из деятельности важнейшая функциональная система – двигательная. Выраженная двигательная патология, нередко в сочетании с сенсорной недостаточностью, может быть одной из причин недоразвития познавательной деятельности и интеллекта у детей с ДЦП.

Причины развития ДЦП многообразны. Принято выделять пренатальные, натальные и постнатальные вредные факторы, которые могут иметь отношение к происхождению ДЦП. На практике чаще всего встречаются комбинации вредных влияний, действующих на разных этапах развития. К вредным факторам, оказывающим негативное влияние на развитие мозга ребенка на разных этапах его онтогенеза, относятся инфекционные заболевания матери в период беременности, психические и физические травмы, механические травмы во время родов, асфиксии, черепно-мозговые травмы и пр.

В мировой литературе предложено более двадцати классификаций ДЦП. Они основаны на этиологических признаках, характере клинических проявлений, патогенетических особенностях. В отечественной клинической практике используется классификация К. А. Семеновой (1968), в которую включены собственные данные и элементы классификации Д. С. Футера (1967) и М. Б. Цукер (1947). В этой классификации выделяется пять основных форм ДЦП: спастическая диплегия, гемипаретическая форма ДЦП, гиперкинетическая форма ДЦП, двойная гемиплегия и атонически-астатическая форма. На практике выделяется еще и смешанная форма ДЦП. Остановимся на кратком описании этих клинических форм ДЦП.

*Спастическая диплегия* – наиболее часто встречающаяся форма ДЦП, известная под



названием болезни, или<sup>1</sup> синдрома, Литтля. При данной форме в значительной степени поражены ноги, однако ребенок может научиться частично обслуживать себя. Часто наблюдается задержка психического развития. 30–35% детей со спастической диплегией страдают умственной отсталостью в степени нерезко выраженной дебильности. У 70% наблюдаются речевые расстройства в форме дизартрии.

*Гемипаретическая форма ДЦП* в 80% случаев развивается у ребенка в ранний постнатальный период, когда вследствие травм, инфекций и пр. поражаются формирующиеся пирамидные пути. При этой форме поражена одна сторона тела: левая – при правостороннем поражении мозга и правая – при поражении преимущественно левого полушария. При данной форме обычно тяжелее поражаются верхние конечности. У 25–30% детей с гемипаретической формой ДЦП наблюдается дебильность, у 40–50% – вторичная задержка умственного развития.

*Гиперкинетическая форма ДЦП* развивается у ребенка вследствие билирубиновой энцефалопатии, что является результатом гемолитической болезни новорожденных. В неврологическом статусе у этих больных наблюдаются гиперкинезы, мышечная ригидность шеи, туловища, ног. Несмотря на тяжелый двигательный дефект, ограниченную возможность самообслуживания уровень интеллектуального развития при данной форме ДЦП выше, чем при предыдущих. В 10% случаев наблюдается тугоухость.

*гемиплегия* – самая тяжелая форма ДЦП. Кроме тяжелых двигательных нарушений (поражение нижних и верхних конечностей) при данной форме ДЦП, как правило, наблюдаются тяжелые речевые нарушения, выраженное снижение интеллекта.

*Атонически-астатическая* форма встречается значительно реже других форм, характеризуется снижением мышечного тонуса, нарушением координации движений, равновесия. Наблюдается недоразвитие речи и интеллекта.

Повреждение еще незрелых мозговых структур существенно влияет на последующее развитие познавательных процессов и личности детей с ДЦП. Известно, что погибшие нервные клетки не способны к восстановлению, но необычная функциональная пластичность нервной ткани ребенка способствует развитию компенсации дефекта. Поэтому своевременно начатая коррекционная работа с больными детьми имеет важное значение в ликвидации дефектов речи, зрительно-пространственных функций, личностного развития. Многолетний опыт отечественных и зарубежных специалистов, работающих с детьми с церебральным параличом, показал, что чем раньше начата медико-психолого-педагогическая реабилитация этих детей, тем она эффективнее и лучше ее результаты.

Особые трудности представляет прогностическая оценка психомоторного развития детей с ДЦП. Благоприятный прогноз наиболее вероятен при спастической диплегии и гемипаретической формах ДЦП. По данным К. А. Семеновой (1972) 70% детей с гемипаретической формой ДЦП учатся в массовых школах, и только 29,2% имеют сниженный интеллект. По нашим данным у 65% детей со спастической диплегией интеллект первично сохранен, и они способны к обучению по массовой программе, у 38% отмечается умственная отсталость в степени дебильности, и только у 7% детей наблюдаются глубокие нарушения интеллекта (Мамайчук 1992, 2000).

Серьезные проблемы в процессе социальной адаптации испытывают дети с гиперкинетической формой ДЦП. Несмотря на первично сохранный интеллект, они не могут посещать массовые школы и в дальнейшем работать из-за тяжелого двигательного дефекта. Наиболее неблагоприятен социальный прогноз у детей с двойной гемиплегией и с

атонически-астатической формой ДЦП из-за грубого недоразвития интеллекта.

Медицинская реабилитация и социально-педагогическая адаптация детей с церебральным параличом на различных этапах развития общества решалась по-разному. В конце XVIII и в начале XIX века в Европе появлялись не только дома призрения, но и лечебные учреждения для детей с двигательными нарушениями. Они возникли в столицах и крупных городах, например, в Лондоне, Копенгагене, Стокгольме, Мюнхене и пр. Приблизительно в тот же период такие учреждения стали появляться и на других континентах – в США, в Японии, Австралии.

В России такое учреждение впервые появилось в Санкт-Петербурге в 1890 году. Общество «Синий Крест» открывает «Приют для детей-калек и паралитиков» на 20 человек. В этом приюте дети наблюдались врачами, получали начальное образование и обучались ремеслу. С 1904 года консультантом, а затем руководителем лечебного процесса в приюте становится основоположник отечественной ортопедии, профессор Военно-Медицинской академии Генрих Иванович Турнер. В 1936 году на базе лечебно-педагогического учреждения для детей с двигательными нарушениями был организован Научно-исследовательский институт детской ортопедии и травматологии имени Г. И. Турнера. В настоящее время на улице Лахтинской, 10, где был организован первый в России приют для детей-калек, находится поликлиника института Турнера, кафедра детской ортопедии и травматологии. За многолетний период в институте им. Г. И. Турнера накоплен огромный опыт не только ортопедо-хирургического лечения детей, но и лечебно-педагогической и психологической работы с ними. Со дня основания приюта на базе института постоянно работала школа, а с 1962 года была организована первая в СССР психологическая служба под руководством доцента Р. Я. Абрамович-Лехтман. В 1967 году в клинике института было открыто специальное отделение для восстановительного и ортопедо-хирургического лечения детей с церебральным параличом. В 1968 году было организовано отделение «Мать и дитя», где ребенок вместе с матерью находился в отделении в течение трех месяцев, и за этот период ребенок получал комплексное восстановительное лечение, занимался с психологом, логопедом, в кабинете ЛФК, а мать обучалась уходу за ребенком, получала элементарные педагогические навыки у логопеда, психолога, педагога-дефектолога. Опыт работы отделения «Мать и дитя» обобщен в научных трудах института.

В конце 50-х годов в Ленинграде и в других крупных городах СССР стали появляться санатории и школы-интернаты для детей с нарушениями движений. В основном в этих школах обучались дети с детским церебральным параличом. Одним из первых специализированных учреждений для детей с ДЦП в Санкт-Петербурге является санаторий в Комарово, имеющий многолетний опыт санаторно-курортного лечения этих детей. Под руководством С. А. Бортфельд были разработаны оригинальные методы лечебной физкультуры для детей с ДЦП. В начале 70-х годов в Москве был открыт Всесоюзный Центр восстановительного лечения детей с детским церебральным параличом. В настоящее время в России функционирует более 40 школ для детей с детским церебральным параличом, а также специализированные детские сады и группы «Особый ребенок». Однако этих учреждений далеко не достаточно, особенно для подростков и молодых людей с ДЦП. Кроме того, не разработаны программы дифференцированного обучения детей с ДЦП с учетом степени тяжести двигательного и интеллектуального дефекта. Решение этих проблем возможно при психологическом изучении детей с этим заболеванием.

## ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

В исследованиях отечественных и зарубежных клиницистов отмечается замедленное развитие психомоторных функций у детей с церебральным параличом, особенно на ранних этапах постнатального онтогенеза (Henderson, 1961; Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Мастюкова, 1973).

В работах К. А. Семеновой с соавторами выделены три основные стадии течения ДЦП: ранняя стадия – первые месяцы жизни; ранняя резидуальная – первые годы жизни и поздняя резидуальная с 2–4 до 16 лет.

Ранняя стадия характеризуется острыми нарушениями гемо- и ликвородинамики, возникающими в процессе родов. Это вызывает у ребенка значительные нарушения регуляции мышечного тонуса по типу экстензорной ригидности. Кроме того, прогностическими симптомами ДЦП являются не только нарушения мышечного тонуса, но и наличие стойких позотонических (детских) рефлексов, задержка в развитии движений, наличие атипичных движений. В большинстве случаев наблюдается задержка психического и речевого развития. У некоторых больных проявления задержки в развитии психоречевых функций с возрастом сглаживаются, однако у подавляющего большинства детей с ДЦП задержка психического развития носит стойкий характер и проявляется на последующих стадиях. Ранняя резидуальная стадия ДЦП продолжается в зависимости от формы и тяжести заболевания от нескольких месяцев до трех-четырёх лет. Эта стадия является непродолжительной при двойной гемиплегии и тяжелой спастической диплегии. Эта стадия характеризуется тем, что активность тонических рефлексов у ребенка остается и даже может нарастать. Установочные рефлексы не формируются или формируются их элементы. Произвольная моторика у ребенка резко задерживается в своем развитии. Кроме того, нарастают патологические синергии, формируются патологические двигательные стереотипы.

Третью стадию условно называют конечной стадией заболевания. Она характеризуется окончательным развитием патологического двигательного стереотипа, организацией контрактур и деформаций на основе неврологических синдромов, которые развиваются в течение первых стадий заболевания. Внутри этой стадии К. А. Семенова выделяет две подстадии:

– Конечная стадия первой степени характеризуется патологическими двигательными стереотипами, позволяющими ребенку самостоятельно или с поддержкой передвигаться, овладеть письмом, теми или иными элементами самообслуживания, трудовыми процессами. Речь ребенка может развиваться нормально или могут иметь место негрубые речевые нарушения.

– Конечная стадия второй степени может наступить очень рано, в первые месяцы жизни ребенка. У ребенка быстро нарастают массивные, множественные артрогенные контрактуры, тяжелые деформации. Как правило, у детей наблюдается выраженное недоразвитие интеллектуального и речевого развития.

Особые трудности представляет ранняя диагностика ДЦП. Предположение о заболевании устанавливается, как правило, во второй половине первого года жизни. Однако при тщательном психологическом обследовании ребенка с угрозой ДЦП можно получить

высокоинформативные данные о возможном развитии задержки психического развития в первые три месяца жизни.

Нами было проведено лонгитюдное обследование 45 детей в возрасте от 0 до 3 мес, у которых по заключению невропатологов была угроза возникновения ДЦП. У этих детей специалистами было диагностировано нарушение мозгового кровообращения разной степени тяжести. В анамнезе у этих детей наблюдались асфиксия, родовая травма или асфиксия с родовой травмой одновременно. Оценки по шкале Апгар у детей варьировали от 4 до 8 баллов. Невропатологи выделили 3 группы детей по степени тяжести клинических проявлений: легкая, средняя, тяжелая, по 15 детей в каждой группе.

Психологическое обследование проводилось в 4 этапа: в возрасте от 0 до 3 месяцев, от 3 до 6 месяцев, от 6 до 9 месяцев и в 9–12 месяцев по специально разработанной нами схеме, состоящей из четырех основных блоков:

- исследование ощущений;
- исследование предметных действий;
- исследование произвольной активности;

– исследование особенностей эмоциональных проявлений. В процессе психологической диагностики необходимо обратить внимание на развитие ощущений младенца, тонкость и точность которых неразрывно связаны с развитием его движений. К моменту рождения у ребенка наблюдается несогласованное движение глаз, но к концу третьей недели здоровый младенец делает согласованный поворот обоих глаз и сведение их осей на фиксируемом предмете. Прослеживание предмета, движущегося перед глазами младенца, оказывается доступным ему уже на 30–32 день. К концу второго месяца жизни здоровый младенец может следить за предметами, движущимися в разных направлениях. Движущиеся предметы, особенно яркие, красочные, привлекают младенца больше, чем бесцветные. Первыми реакциями на звук у младенца являются вздрагивание век, рук, произвольные движения лицевых мышц и туловища в ответ на сильный хлопок в ладоши около уха младенца. На 10–12-й день у младенца появляется реакция на звук человеческого голоса. На втором месяце звук может вызвать у младенца торможение даже пищевого рефлекса. Младенец замирает, услышав голос матери. К концу первого месяца жизни у младенца вырабатываются условные реакции на запахи.

Очень рано обнаруживаются реакции на тактильные и температурные ощущения.

В результате исследования ощущений обследуемые младенцы были разделены на три основные группы по успешности выполнения заданий. В первую группу (12 детей, 26,6%) вошли младенцы, у которых не наблюдалось выраженных нарушений в развитии ощущений, несмотря на недоразвитие двигательных функций, повышенный мышечный тонус и другие неврологические симптомы, указывающие на церебрально-органическую недостаточность по типу ДЦП. Причем корреляций между успешностью выполнения заданий и степенью тяжести клинических проявлений не получено ( $r=0,21$ ). Ко второй группе были отнесены младенцы с задержкой в формировании сенсорных функций (22 ребенка, 48,8%). У них наблюдался комплекс оживления при предъявлении предмета, но, в отличие от предыдущей группы, это проявлялось не в реакции сосредоточения на нем, а в беспорядочных, хаотичных движениях конечностей. В третьей группе (11 детей, 24,6%) наблюдалась выраженная задержка в формировании зрительных и слуховых сосредоточений. Движения глаз не были согласованы с поворотом головы, а движения рук были хаотичны.

В процессе повторного обследования младенцев в возрасте от 3 до 6 месяцев был сделан упор на анализ взаимодействия зрения и движений.

К концу третьего месяца у здорового младенца начинают образовываться связи между зрением и движением рук. Например, случайно попавшая в поле зрения рука задерживается перед глазами младенца, и он пытается схватить предмет, когда рука и предмет одновременно оказываются в поле его зрения. В период от 4 до 8 месяцев повышается активность взаимодействия руки и глаза. Координация зрения и хватания является решающим шагом в объективизации предметного мира у младенца и пусковым механизмом в развитии предметно-практических манипуляций.

Предметно-практические действия активно развиваются у ребенка первого года жизни. Р. Я. Абрамович-Лехтман выделила четыре основных этапа в формировании предметно-практических действий у детей первого года жизни. Первый – этап преддействия – начинается у младенца уже в 2,5 месяца. Ребенок выполняет направленные движения с предметами: водит руками по одеялу, захватывает одной рукой кисть другой руки и т. п. Второй – этап результативных действий начинается у ребенка с 4 месяцев. Ребенок осваивает хватательные движения, после чего ему становятся доступными многообразные предметные действия: притягивание, постукивание, толкание, выпускание из рук, разрывание бумаги и многие другие действия. После 7 месяцев ребенок может действовать с двумя предметами одновременно: всовывание, вкладывание, вынимание, нанизывание колец и пр. Это третий этап соотносящих действий. К концу первого года жизни ребенок выполняет функциональные действия (четвертый этап), подражая аналогичным действиям взрослых: мешает ложкой в чашке, пишет палочкой, причесывает куклу и пр.

Предметные действия являются важной формой активного познания ребенком окружающего мира и основой формирования сенсорно-перцептивных и мыслительных процессов.

При повторном обследовании младенцев в возрасте от 3 до 6 месяцев мы анализировали особенности развития предметно-практических манипуляций.

У здорового ребенка в этот период активно развиваются хватательные движения, что является важной предпосылкой для развития предметно-практических действий, формируются такие действия как захватывание, притягивание, отталкивание, качание, бросания и пр. В основе развития этих действий лежит формирование интерсенсорной связи «рука-глаз», которая появляется у здорового ребенка в четыре месяца. Это важный пусковой механизм в становлении предметно-практических действий.

Исследования показали, что только у 5 детей первой группы наблюдалось своевременное развитие этого типа связей, у остальных детей выявлено отставание на 1,5–2 месяца. У всех детей второй группы интерсенсорная связь «рука-глаз» также сформировалась позднее, чем у здоровых детей, хотя многие дети могли одновременно удерживать предмет и смотреть на него. У них наблюдалось кратковременное сосредоточение на предмете, и они быстро выпускали его из рук. Это связано, с одной стороны, с несформированностью двигательных функций рук, а с другой стороны, с нарушением внимания. В третьей группе детей интерсенсорная связь «рука-глаз» сформировалась значительно позже, в отличие от младенцев предыдущих групп, в период от 7 до 24 мес. Мы наблюдали резкое снижение познавательной активности у некоторых детей этой группы, несмотря на достаточный объем движений рук.

Обследование детей в возрасте от 6 до 9 месяцев показало, что соотносящие действия вызывали некоторые трудности у детей первой группы, так как выполнение этих действий требует тонких и дифференцированных движений кисти. Однако у всех детей наблюдалась познавательная активность, дети сосредотачивались на предметах более длительно, активно брали предмет в руки, рассматривали его, пытались переключать его в другую руку и пр. У детей второй группы соотносящие действия появились только к концу первого года жизни, но, так же как в первой группе, у них наблюдался интерес к предмету, желание взять его в руку. А такие действия, как постукивание, всовывание, вынимание были им практически недоступны. У детей третьей группы соотносящие действия начали формироваться только на втором году жизни. В процессе предметно-практических манипуляций ребенка мы учитывали не только специфику и уровень их развития, а также длительность сосредоточения на предметах и эмоциональное отношение к ним.

Важным показателем произвольной активности у младенца являются особенности его внимания. Первые проявления сосредоточенности младенца проявляются на 10–12-й день после рождения. К концу первого месяца младенец уже может следить за яркими, блестящими предметами на расстоянии одного метра от него. В 3 месяца младенец более продолжительно слушает звуки колокольчика, когда он находится в поле его зрения.

В этот же период младенец отвечает реакцией оживления на приход человека. С 5-го месяца объектом внимания ребенка все чаще становится определенный предмет: яркая игрушка, блестящий шарик и пр., которым он манипулирует.

Роль действия с предметами для удержания их в поле внимания особенно возрастает у здорового ребенка после 7 месяцев. К концу 1-го года жизни, когда малыш начинает ходить, его внимание приобретает большой объем. Ребенок, производя функциональные действия с предметами, может сосредоточенно заниматься в течение 8–10 минут.

Обследование младенцев с угрозой ДЦП в возрасте 6–9 месяцев было направлено на анализ их произвольной активности и внимания. У детей с ДЦП, в отличие от здоровых сверстников, наблюдалось недлительное сосредоточение на предметах, особенно у детей третьей группы (не более 3–4 минут). Особое значение в формировании устойчивости внимания играет поисковая активность ребенка и уровень развития его предметно-практических действий. У обследуемых детей, особенно во второй группе, уровень развития предметно-практических манипуляций был незначительно снижен, наблюдалась поисковая активность, однако внимание оставалось неустойчивым и слабо концентрированным. С наибольшими трудностями концентрации внимания сталкивались дети третьей группы.

В отличие от младенцев предыдущих групп недоразвитие внимания у них тесно коррелировало с недоразвитием предметно-практических манипуляций. Эти данные подчеркивают тотальность недоразвития всех психических функций у младенцев третьей группы, в отличие от младенцев первой и второй групп, где четко прослеживается парциальность недоразвития таких психических функций, как внимание, локомоторные функции.

Обследование младенцев в возрасте 9–12 месяцев было направлено на анализ эмоциональных реакций. Уже с 4 месяцев здоровый ребенок все чаще реагирует общим комплексом оживления на появление матери, на ее голос, улыбку. Однако до 4 месяцев его реакции могут быть недифференцированными, ребенок одинаково положительно может встречать как близких, так и чужих людей.

В 9–10 месяцев младенец радостно тянется к матери, выражая свое удовольствие в ее присутствии. Появление чужого человека может вызвать у него настороженность, удивление, а при попытке постороннего приблизиться к ребенку или взять его на руки, малыш отвечает оборонительными движениями головы, рук, громким плачем. С 6 месяцев у ребенка начинают проявляться позитивные эмоциональные реакции при восприятии различных игрушек и действий с ними.

У младенцев первой и второй групп существенных отклонений в способах эмоционального реагирования не было выявлено. В третьей группе задержка в развитии эмоциональных реакций проявлялась у 6 младенцев из 11. У них не наблюдалось комплекса оживления даже при появлении матери, на ее голос или улыбку. Матери обращали внимание психолога, что дети не отличают их от других взрослых. Кроме того, у этих младенцев наблюдались негативные эмоциональные проявления: частый плач или смех без соответствующей внешней стимуляции. Позитивных эмоциональных реакций не вызывали у этих младенцев и различные предметы. Нарушение эмоциональных реакций, особенно на близких и на знакомые предметы, является важным прогностическим показателем наличия у ребенка отставания в психическом развитии.

Сравнительный анализ развития психических функций у здоровых младенцев и младенцев с церебрально-органической недостаточностью по типу ДЦП показал следующее:

– У здоровых детей на первом году жизни развитие психических функций отличается максимально выраженной интенсивностью не только по темпу их развития, но и по качественным преобразованиям, особенно во втором полугодии жизни. Важную роль в формировании психических функций играет развитие предметно-практических манипуляций, уровень развития которых тесно связан с особенностями произвольной активности и эмоциональной устойчивости.

– У младенцев с церебрально-органической недостаточностью по типу ДЦП наблюдается, с одной стороны, выраженная гетерохронность в развитии психических функций, с другой стороны, их автономность. Причем чем больше выражена автономность психических функций, тем ниже динамика психического развития ребенка.

– Прямой связи между тяжестью клинических проявлений и уровнем развития психических функций не выявлено. Эти данные подчеркивают высокую значимость ранней психологической диагностики в прогностической оценке динамики психического развития младенцев с угрозой ДЦП и позволяют разработать дифференцированные методы психологической коррекции.

## **ОСОБЕННОСТИ СЕНСОРНО-ПЕРЦЕПТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Специальные психологические исследования особенностей развития сенсорно-перцептивных и интеллектуальных процессов при детском церебральном параличе в зарубежной и отечественной литературе представлены крайне недостаточно. Ряд авторов связывают нарушения познавательных процессов при ДЦП с нарушениями моторики (BottaN., Botta P., 1958; Абрамович-Лехтман, 1962; 1965; Ипполитова, 1967; Данилова, 1969; 1977; Поппандова, 1971; Мастюкова, 1973; Симонова, 1981 и др.). В исследованиях этих авторов подчеркивается, что нарушения восприятия предметов, зрительно-пространственной

ориентировки при ДЦП обусловлены двигательной недостаточностью, и с увеличением степени тяжести дефекта эти нарушения более выражены. Авторами предлагались специальные коррекционные воздействия по формированию пространственных функций.

Еще в конце 1950-х годов на кафедре общей психологии ЛГУ под руководством профессора Б. Г. Ананьева был проведен ряд исследований особенностей развития пространственного восприятия у детей с двигательными нарушениями периферического характера. Р. А. Воронова (1956), исследуя особенности дифференцировки пространственных сигналов методом условных сосудистых рефлексов, выявила затруднения дифференцировки сторон вертикальных линий у детей, перенесших полиомиелит.

Автор предложила обращать особое внимание на развитие пространственного различения по вертикальной линии в практике физического воспитания и обучения детей. Ограничение в практическом овладении пространством у больных в возрасте от 8 до 11 лет проявлялось и в развитии речи, а именно, в несформированности понятия предлогов, обозначающих пространственные положения. Автор отмечала, что с началом самостоятельной ходьбы эти расстройства постепенно уменьшались.

Недоразвитие пространственного восприятия наблюдается у детей со всеми формами двигательной недостаточности (врожденные и рано приобретенные ортопедические заболевания, миопатии и миодистрофии, вялые параличи) (Мамайчук, 1988; Мендоса, 1990 и др.). Однако эти нарушения носят временный характер и легко компенсируются.

Патогенез нарушения познавательных процессов у детей с ДЦП чрезвычайно сложен. Вместе с патологией двигательно-кинестети-ческой функциональной системы существенную роль в недоразвитии восприятия играют сенсорные, интеллектуальные и речевые расстройства, наблюдаемые у этих больных (Kastein, Hendin, 1951; Henderson, 1961; Oswin, 1967; Saran, 1986; Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Мамайчук, 1976, 1978; Калижнюк, 1987). Несмотря на значительное число авторов, отмечающих недоразвитие зрительно-пространственных функций при ДЦП, исследований, направленных на изучение динамики и механизма их формирования, описано не много.

Эволюционно-генетический подход к формированию познавательных процессов, успешно разрабатываемый отечественными и зарубежными авторами, позволил выделить стадии формирования восприятия в онтогенезе (Запорожец, 1974; Ананьев, Рыбалко, 1964; Венгер, 1965; 1969; Пиаже, 1969; и др.).

Ж. Пиаже на большом эмпирическом материале выделил стадии развития индивидуального восприятия. Он показал, что онтогенез отражения пространственных характеристик начинается с восприятия топологической структуры объектов, проходит через отображение проективных и аффинных свойств, далее идет к воспроизведению подобия и завершается изображением в образе метрических свойств объекта-оригинала.

Л. М. Веккер и его ученики (Веккер и др., 1971) в исследованиях фазовой динамики становления перцептивного образа при снятии внутренних помех выделили фазы становления образов восприятия, последовательность которых доказана в многочисленных экспериментах по изучению восприятия в различных модальностях и в условиях помехи. Исследование динамики формирования перцептивных образов было продолжено учениками Л. М. Веккера на контингенте школьников, в том числе с ДЦП. Сопоставление изображений плоских фигур после осязательного и зрительного восприятия показало, что у больных детей



рисунки соответствуют топологической адекватности, а рисунки здоровых детей соответствуют метрическим характеристикам объектов.

В проведенном нами сравнительном онтогенетическом исследовании особенностей гаптического и зрительного восприятия дошкольников с ДЦП была выявлена недостаточная сформированность образов восприятия в обеих модальностях у больных детей по сравнению со здоровыми. Качественный анализ эмпирических данных показал, что у больных с ДЦП отмечаются те же закономерности формирования образов восприятия, что и у здоровых детей. Онтогенез отражения пространственных характеристик предметов в процессе восприятия у больных с ДЦП так же, как и у здоровых детей, начинается с восприятия топологической структуры объектов, проходит через отображение проективных и аффинных свойств, отображение подобия и заканчивается метрическим инвариантом. Однако возрастной анализ формирования осязательных и зрительных образов у больных с ДЦП выявил их «застывание» на уровне топологических и аффинных признаков отображения предметов.

С целью дальнейшего анализа внутри каждой возрастной группы больных детей были выделены подгруппы с учетом уровня умственного развития и степени тяжести двигательного дефекта. Анализ показал, что определяющую роль в формировании адекватности восприятия и отображения предметов играет уровень умственного развития ребенка. У детей с ДЦП с первично сохранным интеллектом выявлены затруднения в анализе и синтезе осязательных сигналов, а у детей с нарушенным интеллектом отмечались глубокие нарушения сенсорно-перцептивной и исполнительной деятельности, что крайне негативно отражалось на качестве отображения и словесного обозначения воспринимаемых объектов. У детей с первично сохранным интеллектом, но с тяжелыми двигательными нарушениями эффективность отображения в слове и в рисунке осязательных и зрительных образов была значительно выше, чем у детей с нарушением умственного развития, но с менее выраженным двигательным дефектом (Мамайчук, 1971; 1978).

Полученные данные убедительно показали, что в основе нарушений восприятия и отображения фигур у детей с ДЦП лежит дефицит интегративной функции мозга. Степень тяжести двигательного дефекта не является определяющим фактором в недоразвитии сенсорно-перцептивной деятельности у этих детей. Недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза у больных с ДЦП на ранних этапах онтогенеза негативно влияет на формирование интеллектуальных функций.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, ЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ И ЗАДАЧИ**

Трудности восстановительного лечения детей с детским церебральным параличом обусловлены не только тяжестью двигательного дефекта, но, главным образом, своеобразными особенностями их умственного и эмоционально-волевого развития. Поэтому своевременно начатая психолого-педагогическая помощь является одним из важнейших звеньев системы их реабилитации.

В настоящее время вопросы психологической помощи детям с ДЦП освещены далеко недостаточно. Практическое применение различных психотехнических приемов, направленных на больных с ДЦП, часто используются психологами и педагогами без учета

формы заболевания, уровня развития интеллектуальных процессов и особенностей эмоционально-волевой сферы. Отсутствие четко разработанных дифференцированных методов психокоррекции детей с ДЦП, неадекватный подбор психотехнических приемов может отрицательно сказываться на качестве психического развития больного ребенка, а также создает существенные трудности в работе педагогов и родителей.

Многолетний опыт нашей работы показывает, что правильно подобранные методы психологической помощи с учетом индивидуально-психологических особенностей больных оказывает положительное влияние на динамику их умственного и личностного развития.

Мы рассматриваем психологическую помощь детям и подросткам с церебральным параличом как сложную систему реабилитационных воздействий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности больного, формирование системы ценностных установок и ориентации, развитие интеллектуальных процессов, которые соответствуют психическим и физическим возможностям больного ребенка.

Важное значение имеет решение частных задач: устранение вторичных личностных реакций на физический дефект, длительное пребывание в стационаре и хирургическое лечение.

Эффективность психологической помощи детям с церебральным параличом в значительной степени зависит от качественной психологической диагностики.

Процесс психологической диагностики детей с ДЦП рекомендуется разделить на следующие направления: психологическая диагностика развития моторных функций, сенсорных функций, мнемических, интеллектуальных, а также особенностей мотивационно-потребностной сферы и индивидуально-личностных характеристик.

Клинико-психологическое обследование детей с ДЦП является чрезвычайно сложным. Это обусловлено тяжелой двигательной патологией, а также наличием у большинства детей интеллектуальных, речевых и сенсорных нарушений. Поэтому обследование детей с ДЦП должно быть направлено на качественный анализ полученных данных. Предъявляемые ребенку задания должны быть не только адекватны его хронологическому возрасту, но и уровню его сенсорного, моторного и интеллектуального развития. Сам процесс обследования необходимо проводить в форме игровой деятельности, доступной ребенку. Особое внимание следует обратить на двигательные возможности ребенка с ДЦП. Учет физических возможностей больного очень важен при психологическом обследовании.

Например, при полной обездвиженности ребенок укладывается в удобное для него положение, в котором достигается максимальное мышечное расслабление.

Дидактический материал, используемый при обследовании, необходимо располагать в поле его зрения. Обследование рекомендуется проводить в манеже, на ковре или в специальном кресле.; При выраженном мышечном напряжении ребенку придают так называемую «эмбриональную позу» (голову ребенка пригибают к груди, ноги сгибают в коленных суставах и приводят к животу, руки сгибают в локтевых суставах и скрещивают на груди). Затем производят несколько качательных движений по продольной оси тела. После этого тонус мышц значительно уменьшается, и ребенок укладывается на спину. При помощи специальных приспособлений (валиков, мешков с песком, резиновых кругов, поясов и т. д.)

ребенок фиксируется в этом положении. При выраженности непроизвольных лишних движений – гиперкинезов, которые мешают захвату игрушки, перед началом обследования рекомендуется провести специальные упражнения, способствующие уменьшению гиперкинезов. Например, можно производить перекрестные движения с одновременным сгибанием одной ноги и разгибанием и приведением к этой ноге противоположной руки. Приспособления для фиксации позы особенно важны при обследовании ребенка с гиперкинезами (применяются специальные пояса, манжеты, марлевые кольца, шлемы и т. д.).

У детей с церебральными параличами нарушения в психическом развитии находятся в тесной взаимосвязи с двигательными расстройствами. Обездвиженность ребенка во многом мешает ему активно познавать окружающий мир. Положение многих детей с церебральными параличами бывает вынужденным, они подолгу лежат в одной позе, не могут изменить ее, повернуться на другой бок или на живот. Помещенные в положение на животе они не могут поднять и удержать голову, в положении сидя они часто не могут пользоваться руками, так как используют их для сохранения равновесия и т. д. Все это значительно ограничивает поле зрения, препятствует развитию зрительно-моторной координации.

При оценке двигательных возможностей ребенка для развития его познавательной деятельности необходимо учитывать состояние моторики не только в момент обследования, но важно обратить внимание на время овладения ребенком теми или иными двигательными навыками (когда начал держать голову, впервые захватил игрушку, начал самостоятельно передвигаться). Вторым важным моментом в исследовании двигательных функций у детей с церебральными параличами является оценка их «функциональной приспособляемости» к своему двигательному дефекту. У детей с сохранным интеллектом она достаточно выражена, т. е. ребенок, несмотря на тяжелый гипертонус, пытается схватить предмет и приспособляется его удерживать, рассматривать, удерживая предмет в кулаке или между средним и безымянным пальцами.

Важное значение при оценке двигательной сферы детей с ДЦП имеет уровневый подход с учетом особенностей клинко-патофизиологической структуры аномалий развития моторной сферы, обусловленных недостаточностью различных отделов нервной системы. Например, при недостаточности подкоркового уровня организации движений наблюдаются нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений. При поражении кортикального уровня страдают сила, точность движений, формирование предметных действий.

При детском церебральном параличе наблюдаются нарушения мышечного тонуса, играющего ведущую роль в преднастройке движения, их стойкости, стабильности, эластичности. При недостаточности тонической функции в раннем возрасте нарушается формирование ряда рефлексов, обеспечивающих удержание головы, сидение, стояние, сохранение позы. В более старшем возрасте нарушения мышечного тонуса оказывают отрицательное влияние на работоспособность, обучение. Валлон (1967) отмечал, что патологический мышечный тонус у ребенка вызывает усталость рук, быстрое общее утомление, нарушение внимания. Патологический гипертонус с напряженностью позы, недостаточная пластичность также приводят к быстрой утомляемости и снижению внимания. Особенно наглядно это отражается в рисунках и в письме у ребенка. Из-за скованности движений линия не дотягивается до конца, рисунок отличается мелким

размером, прерывистостью линий. Нарушение тонуса отражает дефицит подкорковых функций у детей с ДЦП. Недостаточность подкорковых образований приводит к нарушению в формировании автоматических движений. У ребенка страдает синхронность движений ног и рук при ходьбе, поворотах туловища, наблюдается недоразвитие выразительных движений, в первую очередь мимических, особенно важных в процессе общения. Отставание в развитии выразительных движений на ранних этапах детства, когда еще недостаточно развита речь, усугубляет задержку его психического развития. Например, значительное недоразвитие выразительной моторики наблюдается при умственной отсталости. Это проявляется в невыраженности, обедненности, монотонности мимики, жестов, защитных и автоматических движений.

Патология кортикального уровня движений формирует разнообразную симптоматику нарушений моторных функций.

При повреждении ядерных зон сенсомоторных отделов будут страдать отдельные компоненты движения: его сила, точность и скорость, что наблюдается при параличах конечностей ребенка. При патологии как премоторных, так и постцентральных отделов головного мозга наблюдаются нарушения целостных двигательных актов, объединенные общим названием апраксии.

В исследованиях Н. А. Бернштейна, а затем и А. Р. Лурия, было показано, что при нормальном развитии премоторные системы работают как своеобразные посредники, устанавливающие и поддерживающие связь между кортикальной и экстрапирамидной системами (Бернштейн Н. А., 1947). Это отражается на характере нарушений. При премоторном дефекте возникает дисфункция «кинетической мелодии» движения (А. Р. Лурия, 1962). Из плавного оно превращается в толчкообразное, дезавтоматизированное, состоящее из отдельных не связанных друг с другом элементов. При постцентральных нарушениях коры головного мозга наблюдается так называемая афферентная апраксия с недостаточность коркового анализа кинестетических импульсов, выражающаяся в затруднениях выбора нужной комбинации движений (А. Р. Лурия, 1962).

Однако при анализе нарушений движений у ребенка необходимо помнить, что в детском возрасте двигательная система, особенно отдельные ее стороны, еще находятся в процессе становления. Поэтому у детей меньше, чем у взрослых, проявляется четкость, локальность и изолированность нарушений движений. При детском церебральном параличе наблюдается диффузная симптоматика, сочетающая в себе явления повреждения в двигательной сфере с её недоразвитием.

К явлениям недоразвития относятся синкинезии: произвольные движения, не связанные по смыслу с произвольными движениями. Например, ребенок при попытке поднять одну руку, одновременно поднимает и вторую; при движении пальцев одной руки возникают аналогичные движения в другой. Синкинезии наблюдаются и у здоровых детей, особенно в ранние периоды, но с возрастом они уменьшаются и в подростковом возрасте уже не наблюдаются. При детском церебральном параличе они имеют место у ребенка и подростка в течение длительного времени, а в тяжелых случаях сопровождают человека всю его жизнь.

Второе важное направление в психологической диагностике дошкольников с ДЦП – это оценка их сенсорно-перцептивных функций.

## ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

### *Клинико-психологическое обследование детей преддошкольного возраста с церебральным параличом*

У многих детей, страдающих церебральным параличом, отмечаются сенсорные нарушения, которые проявляются в недостаточности зрительного и слухового восприятия, в недостаточности перцептивных действий.

В отечественной психологии под перцептивными действиями понимают восприятие, направленное на создание образа предмета. Основное свойство перцептивного образа – его предметность, формируется при соотнесении субъектом получаемой сенсорной информации с действительными качествами воспринимаемого объекта, для обнаружения которых недостаточно одного созерцания, а требуется практическое взаимодействие с объектом (Ж. Пиаже, А. В. Запорожец). Перцептивное действие осуществляется при помощи сенсорно-двигательной интеграции. Примером перцептивного действия может быть рассмотрение ребенком нового предмета, для чего необходимо, прежде всего, выделение его из окружающего фона. При нарушении перцептивных действий у детей с ДЦП наблюдается неспособность к интеграции частей воспринимаемого предмета в целостный образ (Мамайчук И. И., 1978). Ребенок может выделить какую-то отдельную часть предмета, но соотнести его, с другими частями и воспринять целостность этого предмета ребенок с ДЦП нередко затрудняется. Особенно наглядно недоразвитие перцептивных действий проявляется в процессе конструирования и рисования. У детей с ДЦП могут существенно страдать все этапы развития зрительных функций.

У многих детей с церебральным параличом отсутствует активность при зрительном восприятии предметов. Ребенок не ищет глазами спрятанный или упавший предмет. Чтобы вызвать у ребенка прослеживание предмета, необходимо, чтобы предмет попал в поле зрения ребенка. Такая функция прослеживания при нормальном развитии характерна для детей первых 4-х месяцев жизни. Кроме того, у детей с ДЦП наблюдается недостаточность зрительно-моторной координации (ребенок не тянется к видимой игрушке и не захватывает ее, т. е. зрение активно не направляет движение его руки к определенной цели). С другой стороны, захватив игрушку, ребенок не пытается ее рассмотреть, т. е. отмечается отсутствие единого поля зрения и поля действия.

Для исследования зрительного восприятия у ребенка с церебральным параличом ему показывается яркая блестящая игрушка, которая помещается в поле его зрения, и отмечается возможность и длительность фиксации взора на ней, возможность прослеживания ее во всех направлениях. Психолог отмечает, тянется ли ребенок к видимой игрушке. При недостаточности указанных функций необходимо определить причину этих нарушений: отсутствие интереса, преобладание реакций страха, грубое нарушение глазодвигательной иннервации, тяжелая двигательная патология.

Наряду с указанными наиболее простыми зрительными функциями исследуют возможность узнавания знакомых игрушек, картинок (1–2 года), возможность сличения цветов (2–3 года). Исследование возможности сличения цветов проводится в виде обучающего эксперимента. Проводится занятие по подбору шариков по цвету.

Проведение занятия: 6–8 шариков одинакового размера, окрашенных в два цвета, складываются в общую коробку. На стол помещаются две пластмассовые тарелочки таких же цветов, как шарики.

Педагог на глазах у ребенка берет красный шарик, кладет его в красную тарелку, затем дает синий шарик ребенку и просит положить его в соответствующую по цвету тарелку. Ребенок с тяжелым двигательным поражением взглядом указывает тарелку, куда надо положить шарик соответствующего цвета. Постепенно задание усложняется: увеличивается количество предъявляемых ребенку цветов. При оценке результатов учитывается объем оказанной ребенку помощи.

У детей, начиная с 3–4 летнего возраста, исследуют особенности восприятия объемного предмета и его соотношения с плоским изображением. Для этого используют яркие игрушки и такие же картинки: ложка, ботинки, мячик, собака, яблоко. Ребенок рассматривает игрушки и при предъявлении картинки показывает или подает соответствующую игрушку. При усложнении задания ребенку можно предложить сличение геометрических форм.

Наряду с нарушениями зрительного восприятия у детей с церебральными параличами может отмечаться недостаточность слухового восприятия. Слуховое восприятие у детей с ДЦП подробно обследуется особенно в тех случаях, когда ребенок не понимает или ограниченно понимает обращенную речь. Исследуется состояние ориентировочного слухового рефлекса, проверяется возможность локализации звука в пространстве. Для этого ребенку предлагается указать жестом или взглядом спрятанный звучащий предмет. Если есть подозрение на нарушение слуха у ребенка, необходимо обследование у сурдолога.

У некоторых детей с ДЦП отмечается повышенная чувствительность к слуховым раздражителям. Эти дети вздрагивают при любом неожиданном звуке. У многих детей это является выражением врожденного безусловного рефлекса Моро, который при нормальном развитии является физиологическим до 6 месяцев, но у детей с ДЦП сохраняется значительно дольше.

При исследовании зрительного и слухового восприятия необходимо выявить, имеется ли у ребенка диссоциация в реагировании на зрительные и слуховые раздражители. Если это наблюдается, то возможно нарушение сенсорной функции. Если ребенок слабо реагирует на оба раздражителя, то это может быть связано с нарушением познавательной активности, что наблюдается у детей с задержкой в развитии или с психическим недоразвитием.

### ***Психолого-педагогическая диагностика детей дошкольного возраста с церебральным параличом***

Для определения уровня перцептивного и умственного развития у детей с ДЦП дошкольного возраста используются различные диагностические методики, широко применяемые в отечественной и зарубежной психологии.

Учитывая тормозящую роль сенсорных дефектов в умственном развитии детей с ДЦП, основное внимание при психологическом обследовании следует уделять уровню развития сенсорно-перцептивной деятельности. На первых этапах обследования рекомендуется исследовать особенности развития зрительного восприятия: восприятия формы, цвета, величины и пространственных отношений предметов; уровень развития осязательного восприятия предметов: формы, фактуры, веса; уровень сформированности

конструктивных и графических навыков и умений. Обязательно в обследовании необходимо включить изучение процессов анализа, синтеза и обобщений предметов, а также уровень развития количественных представлений.

При исследовании особенностей сенсорного и интеллектуального развития дошкольников с ДЦП важен не только сам результат выполнения заданий, а главное – способ их выполнения. Методики должны быть построены соответственно особенностям уровня развития предметно-практических манипуляций дошкольника с ДЦП.

Для проведения обследования необходимо иметь следующее оборудование и материал: детский стол и стул, а если ребенок самостоятельно не сидит, то специальное кресло.

Материал для обследования: доска Сегена; четырехцветные блоки и такого же цвета доска к ним; кубики Косса (детский двухцветный вариант); лото «цвет и форма», «цвет и количество»; набор объемных и плоских фигур для осязания; предметные картинки; набор карточек для исследования обобщений методом исключения; цветные карандаши; альбомы для рисования.

Обстановка обследования: в процессе обследования ребенок должен чувствовать доброжелательное отношение к нему. Не рекомендуется выставлять ребенку сразу все игрушки. Чтобы вызвать у ребенка интерес к занятию, можно предложить ему привлекательную игрушку, например, красивую пирамидку, матрешку или доску с цветными шарами. Во время свободной игры ребенка психолог фиксирует следующие моменты: 1) как проявляет ребенок интерес к игрушкам; 2) как длительно ими занимается; 3) правильно ли ребенок использует игрушку.

После наблюдения за ребенком ему предлагаются следующие задания:

*Восприятия формы на доске Сегена*

Перед началом обследования психолог показывает ребенку собранную доску Сегена, затем раскладывает фигуры на столе и предлагает положить их на место. Результаты выполнения заданий оцениваются по пятибалльной системе в зависимости от сложности задания и способов их выполнения.

Шкала оценок

0 – хаотично располагает геометрические фигуры на доске Сегена без учета их формы.

1 – правильно соотносит две контрастные фигуры (квадрат и круг), но не называет их.

2 – правильно соотносит четыре фигуры (квадрат, круг, треугольник, овал), но затрудняется в их названии.

3 – правильно соотносит все фигуры на доске Сегена и знает название двух фигур (например, квадрата и круга).

4 – правильно называет четыре фигуры и соотносит все фигуры на доске Сегена.

5 – правильно соотносит все фигуры и знает названия шести фигур (квадрат, круг, треугольник, овал, ромб, прямоугольник).

Здоровые дети с трехлетнего возраста правильно соотносят фигуры на доске Сегена, а к концу дошкольного возраста правильно их называют. Дети с ДЦП с потенциально сохранным интеллектом справляются с заданием с четырех-пяти лет, однако испытывают некоторые трудности в их словесном обозначении. У детей с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием наблюдается преимущественно хаотичный, беспланный способ работы, в результате чего продуктивность выполнения задания резко снижена.

### *Восприятие цвета предметов*

Психолог предлагает ребенку расположить цветные шары или кубики на доске, разделенной на четыре части соответственно основным цветам: красный, синий, желтый, зеленый.

#### Шкала оценок

- 0 – Хаотично располагает шары на доске без учета их цвета.
- 1 – Правильно соотносит на доске шары одного или двух цветов.
- 2 – Правильно соотносит с местом на доске четыре основных цвета, но путает их названия.
- 3 – Правильно располагает на доске шары по цвету и знает названия двух цветов.
- 4 – Правильно располагает на доске шары по цвету и правильно называет все четыре цвета.
- 5 – Правильно называет шесть цветов и оттенков: красный, синий, желтый, голубой, коричневый, розовый, оранжевый.

Здоровые дети уже в трехлетнем возрасте успешно справляются с заданиями на соотнесение цветов, в четырехлетнем возрасте знают названия основных четырех цветов, к концу дошкольного возраста знают названия оттенков. Дети с ДЦП с сохранным интеллектом, как правило, трудностей при соотнесении цветов по подобию не испытывают, но путают их названия. У детей с ДЦП с психическим недоразвитием наблюдаются трудности соотнесения цветов по подобию.

### *Восприятие величины предметов*

Для исследования особенностей восприятия величины предметов психолог может предложить ребенку собрать двух-или трехсоставные матрешки, пирамидки из разного количества колец, блоки или цилиндрики разной величины.

#### Шкала оценок

- 0 – Хаотично манипулирует с двухсоставной матрешкой, неправильно соотносит части по величине.
- 1 – Различает два контрастных по величине предмета и правильно называет их (собирает двухсоставную матрешку и называет: большая и маленькая).
- 2 – Собирает трехсоставную матрешку и правильно называет большую, маленькую и самую маленькую.
- 3 – Правильно, с первой попытки, соотносит с местом десять цилиндриков или плоских предметов по диаметру.
- 4 – Правильно, с первой попытки, соотносит цилиндрики по толщине, называет самый толстый и самый тонкий.
- 5 – Правильно соотносит цилиндрики только по высоте или составляет сериационный ряд из палочек в возрастающем порядке.

Выполнение этих заданий не вызывает особых затруднений у здоровых дошкольников с четырехлетнего возраста. Однако соотнесение цилиндриков только по высоте или палочек по длине, где исключается контроль правильности выполнения заданий, вызывает еще некоторые затруднения у здоровых дошкольников в пятилетнем возрасте. Различение контрастных предметов по величине (первое и второе задания) не вызывает особых трудностей у детей с ДЦП с сохранным интеллектом. Но при соотнесении предметов с местом с учетом величины (третье и др. задания) у большинства детей отмечается хаотичный, беспланный способ работы, они правильно соотносят только контрастные величины. Однако при дополнительной инструкции: «Возьми самый большой цилиндр и поставь его в самое большое отверстие» дети с заданием справлялись и успешно переносили



усвоенный способ работы на выполнение следующих заданий. Дети с ДЦИ в сочетании с психическим недоразвитием затруднялись в выполнении даже первых заданий, хаотично манипулировали с предметами.

#### *Исследование особенностей осязательного восприятия предметов*

Исследование особенностей осязательного восприятия у дошкольников с церебральным параличом рекомендуется начинать с игры в «волшебный мешочек». Психолог должен ориентироваться не только на правильное название ребенком осязаемой фигуры, но и на способы ее обследования, поэтому можно использовать в процессе исследований особенностей осязания специальную ширму.

Набор фигур для осязания состоит из следующих предметов: набор объемных деревянных предметов (яйцо, катушка, груша, бутылка, гриб, кольцо и т. д.); набор геометрических фигур одинаковой фактуры (куб, квадрат, шар, круг, треугольник, цилиндр и т. д.); и набор предметов различной фактуры (металлический шарик, шар, сшитый из шерстяной ткани, стеклянная бутылочка, деревянная бутылочка и др.). В процессе обследования психолог должен требовать от ребенка правильного названия предмета, а в случае затруднения предложить ребенку сопоставить (отождествить) предмет со знакомыми ему бытовыми объектами. Кроме того, необходимо следить за движениями рук ребенка в процессе осязания.

#### Шкалы оценок

##### А. Словесное обозначение объектов.

0 – Не называет предмет или дает ему неправильное название.

1 – Называет правильно отдельные части фигуры (например, у осязаемой катушки выделяет в слове круги; у гриба – шляпку; у пирамидки – кольца и т. д.).

2 – Отождествляет фигуру со знакомыми в быту предметами (например, катушку называет «ниткой», кольцо – «дыркой» и т. д.).

3 – Правильно называет предъявленную фигуру.

##### Б. Способы тактильного обследования предложенных объектов.

0 – Ребенок при первом соприкосновении с фигурой, предложенной ему, манипулирует с ней в виде постукиваний, катаний по столу, перекалываний из рук в руки и т. д.

1 – Держит фигуру неподвижно, не производит никаких обследовательских действий.

2 – Производит осязающие движения ладонной поверхностью руки или всеми пальцами.

3 – Указательным пальцем правой или левой руки движет по контуру фигуры, вторая рука ее удерживает.

Анализ способов осязания предметов ребенком позволяет психологу выявить уровень развития перцептивных действий. Перцептивное действие (действие восприятия) осуществляется при помощи сенсорнодвигательной интеграции, а при ее недоразвитии у детей с ДЦП наблюдаются затруднения в соотношении частей воспринимаемого предмета в целостный образ.

#### *Исследование конструктивной деятельности*

При исследовании конструктивной деятельности ребенку предлагают следующие задания: а) конструирование объемных построек из цветных кубиков одинаковой величины с помощью образца-рисунка; б) выкладывание по рисунку определенных фигур на плоскости из цветных кубиков с выкрашенными в разные цвета сторонами; в) задания по конструированию по методике Косса (используются пять первых вариантов этой методики: двухцветные кубики).

#### Шкалы оценок

А. Конструирование объемных построек из кубиков с помощью рисунка-образца.

- 1 – Строит дорожку из трех кубиков, ориентируясь по двум цветам (например, красный и желтый).
  - 2 – Строит «двухэтажную башню» из трех кубиков соответственно двум цветам (например, красный и желтый).
  - 3 – Строит «трехэтажную башню» из семи цветных кубиков.
  - 4 – Строит «трехэтажную» постройку сложной конфигурации из кубиков четырех цветов.
  - 5 – Строит «четырёхэтажную» постройку из восьми четырехцветных кубиков.
- Б. Выкладывание фигур на плоскости по образцу-рисунку.
- 1 – Складывает четыре двухцветных кубика так, что на плоскости получается цветной квадрат, разделенный по цвету на четыре части.
  - 2 – Складывает из четырех кубиков квадрат, разделенный по цвету на две части.
  - 3 – Складывает из девяти кубиков квадрат, разделенный по цвету на три части.
  - 4 – Складывает четыре кубика так, что получается ромб.
- В. Конструирование по методике Косса.
- 1 – Складывает квадрат из четырех кубиков двух цветов с вписанным в него треугольником с образца-рисунка.
  - 2 – Складывает квадрат со вписанным треугольником, основанием кверху.
  - 3 – Складывает квадрат из четырех кубиков, разделенный на два равнобедренных треугольника.
  - 4 – Складывает квадрат из четырех кубиков, со вписанным в него ромбом.
  - 5 – Постройка сложного рисунка из девяти кубиков.

Выполнение этих заданий вызывает особые трудности у детей с церебральным параличом. Здоровые дошкольники к концу дошкольного возраста успешно выполняют первые четыре задания по методике Косса. Дети с ДЦП с первично сохранным интеллектом успешно выполняют задания серии А) и Б), однако задания по методике Косса им практически недоступны. Дети путают пространственные расположения деталей, отмечают трудности в предварительной ориентировке в задании. У детей с ДЦП с умственной отсталостью особые трудности вызывают задания серий А и Б. Это проявляется в отсутствии предварительной ориентировки в задании, в хаотичных манипуляциях, в стереотипных действиях со строительным материалом.

#### *Исследование особенностей рисования*

Рисование детей рекомендуется оценивать по степени развития у ребенка графических умений и особенностей качества изображения фигур.

##### А. Графические умения.

О – Ребенок не умеет правильно держать карандаш, наносит на бумагу неопределенные линии.

1 – Умеет правильно держать карандаш и располагать руку при рисовании; проводит вертикальные и горизонтальные линии по опорным точкам.

2 – Умеет регулировать движения в соответствии с задачей изображения: а) правильно регулирует силу нажима; б) амплитуду, в) изменяет темп рисовального движения.

3 – Умеет изменять направление графических движений: проводит линии, образующие угол, не отрывая карандаша от бумаги, совершает дугообразные движения.

4 – Графические движения соразмеряет с заданной длиной или высотой отрезка, рисует короткую или длинную линию по словесной инструкции по образцу.

5 – Движения соразмеряет с высотой и формой заданных изображений предметов, рисует прямоугольники с образца-рисунка, большой и маленький круг и квадрат по словесной инструкции и по образцу.

Б. Качество изображения фигур.

0 – Изображение отсутствует или проводятся линии и точки, не имеющие сходства с объектом.

1 – Изображение напоминает символический рисунок, имеющий отдельные элементы, сходные с объектом.

2 – В рисунке передается строение основной формы образца, но без некоторых существенных элементов.

3 – В рисунке достаточно верно и полно воспроизводится строение основной формы и дополнительных деталей образца, но не учитывается размер фигуры.

4 – Изображение с сохранением размера заданной фигуры.

5 – Изображение с сохранением размера и объема заданной фигуры.

Здоровые дошкольники успешно справляются с первыми тремя заданиями, отображение в рисунках размера фигур еще вызывает у них некоторые затруднения. Рисунки детей с церебральным параличом существенно отличаются от рисунков их здоровых сверстников как по качеству изображений, так и по технике. Даже к концу дошкольного возраста рисунки детей с ДЦП с сохранным интеллектом могут находиться на уровне символического изображения фигуры и ее частей.

#### *Исследование мыслительных процессов*

При исследовании у детей уровня обобщений используется методика на выделение лишнего предмета. При проведении обследования необходимо иметь наборы карточек, на каждой из которых нарисованы четыре предмета. Ребенка просят показать, какой из четырех предметов не подходит к остальным трем. Психолог отмечает, как ребенок принимает задание, на какой признак предмета ориентируется: цвет, форму, величину и т. д., а также как ребенок словесно обозначает три объединенных в одну группу предмета.

#### *Шкала оценок*

0 – Не понимает инструкции, хаотично выбирает любую картинку.

1 – Ориентируется на несущественный признак предмета. Например, на картинке, где нарисованы яблоко, слива, шар, груша – исключает грушу, так как она не округлой формы.

2 – Ориентируется на существенный признак предмета, но не может дать правильное объяснение.

3 – Ориентируется на существенный признак предмета и правильно объясняет свой выбор.

#### *Классификация предметных картинок*

Метод предметных классификаций позволяет выявить не только особенности обобщения и абстрагирования, но также особенности внимания, памяти, личностных реакций на свои достижения и неудачи.

Перед началом занятия психолог кладет перед ребенком 6–7 предметных картинок и предлагает ему положить вместе те, которые друг к другу подходят. На трех карточках этого набора изображены животные, на двух – одежда, а на одной – посуда. Если ребенок успешно справился с заданием, рекомендуется добавить еще десять-пятнадцать карточек, подходящих к тем же группам. Психолог фиксирует, как ребенок принимает задание, адекватно ли его выполняет и какова обучаемость ребенка. Это задание рекомендуется давать детям не раньше пятилетнего возраста.

#### *Шкала оценок*

0 – Хаотично манипулирует с предметными картинками, не понимает инструкции.

1 – Принимает инструкцию, самостоятельно раскладывает картинки в две группы, например, животных или транспорт.

2 – Самостоятельно раскладывает картинки на четыре группы: животные, машины, инструменты, овощи, но затрудняется в назывании некоторых групп.

3 – Самостоятельно раскладывает картинки на пять групп и правильно называет каждую из них.

В начале занятия дети могут классифицировать картинки неадекватно, но после двух-трех дополнительных инструкций должны провести обобщение по существенному признаку.

#### *Обследование счетных навыков*

Особое место в структуре задержки умственного развития у детей с ДЦП занимает нарушение функций счета. Понятие числа имеет сложную психологическую структуру, что в значительной степени связано с пространственным восприятием множества объектов, с речевым развитием, и требует высших форм анализа и синтеза.

Исследование количественных представлений необходимо проводить поэтапно. Сначала исследуется способность ребенка дифференцировать «много-мало», «один-много», «больше-меньше», одинаковое количество.

Важно исследовать способность ребенка абстрагироваться от формы и величины предметов и ориентироваться только на количество.

Для этого необходимо приготовить счетный материал из предметов разной величины и формы и на этом материале изучить, как дети соотносят количества разных предметов. Можно, например, предложить детям два стержня, на одном из них нанизаны кольца, а на другом – шары. Несмотря на одинаковое количество деталей на обоих стержнях, пирамидка с шарами будет выглядеть выше, чем с кольцами. Спросить: «чего больше – колец или шаров?».

Кроме описанных выше диагностических приемов рекомендуется широкое использование психодиагностических методов, разработанных для обследования детей с аномалиями в развитии (С. Я. Рубинштейн, В. И. Лубовской и др.).

При обследовании детей школьного возраста рекомендуется использование и психометрических методов, например методика Равена и Векслера. Опыт нашей работы показывает целесообразность использования этих методов для детей с преимущественным поражением нижних конечностей с относительно сохранным развитием речи, как лексической, так и фонематической ее сторон.

В процессе психологической диагностики детей и подростков с ДЦП необходимо соблюдать ряд основных принципов:

1. Деятельностный принцип, направленный на проведение психологического обследования в контексте деятельности доступной ребенку с ДЦП: предметно-практической, игровой, учебной деятельности.

2. Принцип качественного анализа полученных данных психологического обследования. Это принцип, построенный на концепции Л. С. Выготского об опережающей роли обучения в процессе развития ребенка, является чрезвычайно важным при психологической диагностике аномального развития. Для психолога важен не только конечный результат выполнения тестового задания, а также способ работы ребенка, его умение переносить усвоенные навыки на новое задание, отношение ребенка к заданию, собственная оценка результатов.

3. Принцип личностного подхода. В процессе психологической диагностики психолог анализирует не отдельный симптом, а личность ребенка в целом

4. Принцип сравнительного подхода. При изучении аномального развития психолог должен правильно ориентироваться в особенностях психического развития здорового ребенка.

5. Принцип комплексного подхода к диагностике психического развития аномального

ребенка. Он включает в себя учет множества факторов, лежащих в основе аномального развития ребенка с ДЦП: клинических, педагогических, психологических, социально-психологических.

После окончания диагностических занятий рекомендуется переходить к комплексу коррекционных занятий.

Психологическая коррекция является одним из важных звеньев в системе психологической помощи детям с ДЦП различной степени тяжести интеллектуального и физического дефекта.

## **ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Эмоциональные нарушения у детей и подростков с различными формами детского церебрального паралича проявляются по-разному. Это могут быть тяжелые неврозоподобные нарушения и психопатоподобные нарушения на фоне органического поражения ЦНС, которые нередко встречаются при спастической дип-легии и гемипаретической форм ДЦП (Кириченко, Калижнюк, Ковалев и др.). Однако у детей и подростков с ДЦП могут наблюдаться эмоциональные расстройства в связи с наличием физического дефекта, воспитанием по типу гиперопеки или ранней социальной и психической депривацией (Мамайчук И. И., Пятакова Г. В. и др.).

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей – это целесообразно организованная система психологических воздействий. Основным ее направлением является смягчение эмоционального дискомфорта у детей и подростков, повышение их активности и самостоятельности, устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, таких как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др. Важным этапом работы с этими детьми является коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции (Мамайчук И. И.).

Психологическая диагностика эмоциональных расстройств у детей с ДЦП требует тщательного дифференцированного подхода к этой проблеме. Перед психологом стоит задача диагностики направленности конфликта у ребенка. Традиционно выделяется три вида направленности конфликта у детей: конфликт в рамках межличностных отношений, интрапсихический конфликт (внутриличностный) и смешанный конфликт (Запорожец, Неверович, 1974; Мамайчук, 1996; Миланич, 1998).

Дети, у которых эмоциональные проблемы проявляются в рамках межличностных отношений, отличаются повышенной возбудимостью, что выражается в бурных аффективных вспышках в процессе общения, особенно со сверстниками. Негативные эмоциональные реакции у этих детей могут возникнуть по любому незначительному поводу. По нашим данным, межличностные конфликты наблюдаются у детей с различными формами ДЦП и в значительной степени обусловлены не столько тяжестью церебрально-органического дефекта, сколько особенностями воспитания ребенка (Мамайчук, Чавес, 1992).

У детей с внутриличностной направленностью конфликта в поведении

прослеживается повышенная тормозимость, слабовыраженная общительность. Эти дети глубоко переживают обиду, у большинства из них наблюдаются стойкие неврозоподобные реакции (энурез, страхи и пр.). Эти явления достаточно часто наблюдаются у детей с ДЦП, но в отличие от детей с неврозами они обусловлены не только наличием психогенных переживаний, но и церебрально-органической недостаточностью мозга (Калижнюк Э. С., Ковалев В. В.).

Дети с внутриличностными и межличностными конфликтами (смешанный тип) отличаются агрессивностью, импульсивностью. Опыт нашей работы показывает, что у подавляющего большинства детей с церебральным параличом наблюдается этот тип направленности конфликта.

Успешность диагностики направленности конфликта зависит от способности психолога наблюдать и анализировать эмоциональные проявления ребенка. Прежде всего это достигается в процессе наблюдения за игрой ребенка, направленной беседы с родителями и педагогами. Рекомендуется использование психологических методик для уточнения полученных в процессе наблюдения и беседы данных. Экспериментально – психологическое обследование детей необходимо проводить как индивидуально, так и в присутствии родителей. Перед психологом стоит важная задача диагностировать родительскую позицию по отношению к ребенку, проанализировать родительские установки и стили воспитания, оценить психологический климат в семье. Наибольшую информацию психологу может дать совместная игра родителей с детьми, разыгрывание семейных ситуаций с обменом ролями (родители участвуют в роли детей, а дети – родителей). Опыт нашей работы показывает огромное преимущество игровых методов в системе диагностики стилей и методов семейного воспитания детей с ДЦП.

Следует подчеркнуть, что сам процесс диагностики продолжается и на других этапах психокоррекционного комплекса, так как одним из определяющих принципов психологической коррекции, как было отмечено выше, является единство диагностики и коррекции. Особое место занимает содержательный анализ психической травмы ребенка. Нередко острые психические травмы у детей с ДЦП приводят к страху самостоятельного передвижения.

Например, мальчик с ДЦП со спастической диплегией в возрасте 6 лет начал самостоятельно ходить и был напуган собакой в момент передвижения, после чего у него появился страх самостоятельной ходьбы, который длился в течение пяти лет. После направленной психологической коррекции стал передвигаться самостоятельно.

Наши исследования показывают, что наибольшее патогенное влияние на личность ребенка с ДЦП оказывают не острые психические травмы, а пролонгированные (хронические). Пролонгированной психотравмирующей ситуацией для них является их физическая беспомощность вследствие двигательной недостаточности, вынужденная изоляция в связи с инвалидизацией, частая госпитализация. Следует подчеркнуть, что патогенное влияние оказывает не столько сама тяжесть физического дефекта, сколько его значимость для ребенка и его родителей.

Эмоциональное неблагополучие у детей с ДЦП может быть обусловлено органическими патохарактерологическими особенностями.

У подавляющего большинства детей с раннего возраста отчетливо проявляются повышенная раздражительность, тревожное беспокойство, капризность, негативизм. Все это

благоприятный фон для формирования таких личностных характеристик, как противоречивость, сенситивность, наивность, эгоцентризм, импрессивность. Важным фактором, предрасполагающим ребенка с ДЦП к эмоциональному неблагополучию, являются неадекватные родительские установки и дисгармоничный стиль семейного воспитания (Мамайчук, Чавес, 1992). Анализ показал, что преобладающим стилем семейного воспитания детей с ДЦП является безграничная гиперопека и гиперпротекция, что проявляется в излишней концентрации родителей на проблемах ребенка. Патогенное влияние на стиль воспитания оказывает наличие у родителей, особенно матерей, чувства вины за рождение больного ребенка. Это в значительной степени дисгармонизирует личность детей с ДЦП, формирует у них инактивность и зависимость.

Особое значение в психокоррекции эмоциональных нарушений детей с ДЦП имеют игровые методы. Опыт нашей работы показал, что эффективность проведения сюжетно-ролевых игр в значительной степени зависит от интеллектуальных и физических возможностей ребенка, его социального опыта, от особенностей его представлений о людях, их чувствах и взаимоотношениях. Психокоррекцию в форме сюжетно-ролевой игры рекомендуется использовать при работе с детьми с ДЦП с потенциально сохранным интеллектом, а также с выраженными межличностными конфликтами и с нарушением поведения. В процессе коррекции целесообразно предложить детям не только игровое воспроизведение прошлого или настоящего опыта, но и моделирование нового опыта в возможных стрессовых условиях, например, на этапах послеоперационного лечения, в ситуации вынужденного общения и пр.

Для детей с ограниченным вследствие физической и психической неполноценности социальным опытом используются игры-драматизации на темы знакомых им сказок. Основной целью игр-драматизаций является коррекция эмоциональной сферы ребенка. Проведению игры-драматизации должна предшествовать подготовительная работа с ребенком. Психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка актуализирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Ребенок должен создать образ персонажа и уподобиться ему. Способность ребенка входить в роль и уподобляться образу – это важное условие, необходимое для коррекции не только эмоционального дискомфорта, но и негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и качества личности дети переносят на игровой образ, наделяя персонажи собственными отрицательными эмоциями и чертами характера. Нами разработаны игры-драматизации на тему госпитализации и оперативного лечения (Мамайчук, Ортис, 1989).

Групповые методы психокоррекции достаточно широко используются психологами и психотерапевтами при коррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков (Спиваковская, 1988; Захаров, 1982). В процессе психокоррекции детей с ДЦП в форме групповых занятий особое внимание следует уделять положительной установке родителей и детей на процесс занятий. С этой целью используются разнообразные психотехнические приемы: организация веселой, эмоционально насыщенной игры с детьми в начале психокоррекции с привлечением родителей, организация встречи родителей, дети которых успешно закончили курс психокоррекции, с начинающими. Особое значение для

установочного этапа психокоррекции имеет место, где проводятся занятия. Это должно быть просторное, хорошо оборудованное помещение с мягким освещением, со специальными креслами и ходилками для детей, где ребенок должен чувствовать себя безопасно.

В процессе групповой психокоррекции каждый участник моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него типы эмоционального реагирования на условия, реализует конкретные эмоциональные установки и отношения. В атмосфере откровенности и доверия ребенок свободно раскрывает свои эмоциональные проблемы, получает эмоциональную поддержку, модифицирует свои эмоциональные отношения, переживания и способы реагирования. С учетом сложной структуры эмоциональных расстройств у детей с ДЦП нами выделены четыре основные фазы процесса групповой психокоррекции (см. табл. 8).

Таблица 8

*Динамика групповой психокоррекции детей с церебральным параличом*

Фаза	Задачи	Психотехнические приемы	Субъект психокоррекции
1. Установочная	Образование группы как целого. Формирование положительного настроения на занятие. Диагностика поведения и особенностей общения	Спонтанные игры. Игры на невербальные коммуникации. Коммуникативные игры	Для детей со спастической диплегией и гемипарезами не больше пяти человек. Дети с ДЦП с гиперкинезами не больше трех человек
2. Подготовительная фаза	Структурирование группы. Приучение к активности и самостоятельности. Формирование эмоциональной поддержки у членов группы	Сюжетно-ролевые игры. Игры-драматизации для снятия эмоционального напряжения	Для детей с ДЦП со сниженным интеллектом игры-драматизации. С сохранным интеллектом – сюжетно-ролевые игры
3. Реконструктивная фаза	Коррекция неадекватных эмоциональных реакций. Вытеснение негативных переживаний. Обучение самостоятельному нахождению нужных форм эмоционального реагирования	Разыгрывание детьми конкретных жизненных проблемных ситуаций	Для детей с ДЦП возможно привлечение родителей
4. Закрепляющая фаза	Закрепление адекватных форм эмоционального реагирования на конфликт. Формирование адекватного отношения к себе и окружающим	Специальные сюжетно-ролевые игры, предложенные детьми	Детям с ДЦП необходима помощь психолога в выборе игры. Рекомендуется включить в игру родителей и здоровых сверстников

Важное значение в коррекции эмоциональных расстройств у детей с ДЦП имеет психорегулирующая тренировка (Мамайчук, 1997).

Основными целями этих занятий являются: смягчение эмоционального дискомфорта,



формирование приемов релаксации, развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения. Занятия проводятся поэтапно с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка, через день с небольшой (до 5 человек) группой детей.

I этап – успокаивающий, в процессе которого используется вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Детям предлагаются зрительно-музыкальные стимулы, направленные на снятие тревожности и создание позитивных установок на последующие занятия. Чем младше ребенок, тем в меньшей степени он осознает свой физический дефект, и тем сложнее поддерживать у него интерес к упражнениям. Важным принципом психорегулирующей тренировки является создание игровой ситуации в процессе занятий (например, занятия вместе с куклой, игра в сказку и т. п.). У детей более старшего возраста, особенно подросткового, на первый план выступает стимулирование потребности быть самостоятельным, волевым, здоровым. Психолог рассказывает детям о значении психорегулирующей тренировки, о ее применении в спорте, в космонавтике, в профессиях, связанных с высоким нервно-психическим напряжением. Следующий важный принцип – это создание эмоционально-волевого настроения к занятиям. Больной или группа больных располагаются в кресле или на диване в зависимости от физического состояния детей. Психолог предлагает закрыть глаза и сосредоточиться на прослушивании музыкального произведения. Нами подобраны аудиозаписи, оказывающие положительное эмоциональное воздействие на слушателя и дающие успокаивающий эффект. Это произведения Чайковского, Рахманинова, Баха, Бетховена. Каждому музыкальному произведению и темпу его исполнения соответствуют определенные субъективные переживания и ассоциации. Сеанс длится 25–30 минут. Задача первого этапа считается выполненной, если ребенок проявляет интерес к занятию и расслабляется. На фоне музыки больному предлагаются упражнения на общее успокоение с традиционными формулами (например: «Я совершенно спокоен, меня ничто не тревожит. Мышцы моего тела все больше и больше расслабляются»). Больному предлагается запомнить формулы и использовать их перед засыпанием.

II этап – обучающий, целью которого является обучение детей релаксирующим упражнениям. Используются упражнения на вызывание тепла, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений. После того как ребенок, находясь в удобной позе, расслабился и успокоился с помощью приемов, усвоенных на первом этапе занятий, ему предлагается сосредоточить свое внимание на руках и ногах.

Некоторые авторы рекомендуют начинать тренировку с мышц рук, в которых легче вызвать ощущение расслабленности и тепла. Каждое слово формулы необходимо сопровождать подготовленными мысленными образами. Например, произнося слово «руки», ребенок должен мысленно видеть свои руки со всеми их особенностями, при произнесении слов «расслабляются» и «теплеют» – мысленно видеть источник тепла, который согревает руки (теплая ванна, рефлектор, грелка).

Чем точнее и конкретнее мысленный образ, тем отчетливее ощущается его действие. После успешного овладения первыми упражнениями, на что требуется от 4 до 10 занятий в зависимости от индивидуальных и возрастных особенностей ребенка, можно приступать к упражнениям на расслабление других групп мышц: ног, шеи, туловища, лица. На овладение упражнениями этого этапа требуется от 12 до 30 занятий. Опыт нашей работы показал

эффективность использования занятий первого и второго этапа с целью смягчения эмоционального дискомфорта ребенка в послеоперационный период (Мамайчук И. И., 1987).

III этап – восстанавливающий. На фоне релаксации дети выполняют специальные упражнения, направленные на коррекцию настроения, развитие коммуникативных навыков, перцептивных процессов, двигательных функций и пр. Так, психолог предлагает ребенку, который находится в состоянии аутогенного расслабления (пассивного бодрствования), выполнять идеомоторный проигрыш конкретного двигательного акта (например, больному с гемипаретической формой ДЦП предлагается представить, что он берет ложку или карандаш больной рукой либо выполняет другие манипулятивные действия). Идеомоторные проигрыши рекомендуется повторять 3–4 раза в день.

Мы использовали идеомоторные тренировки на фоне аутогенного погружения с детьми, у которых имеются фобические расстройства, при обучении их ходьбе в послеоперационный период.

Например, Елена Ш. 14 лет, с диагнозом – ДЦП, спастическая диплегия, множественные контрактуры нижних конечностей, подвывих в правом тазобедренном суставе. До операции самостоятельно не передвигалась. Выраженные фобии высоты, передвижения, в связи с чем девочка отказывалась заниматься с методистом ЛФК. Психологический статус: недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза, уменьшение объема слухоречевой памяти. Уровень осведомленности, суждения, обобщения в пределах возрастной нормы. Эмоционально-волевая сфера – высокий уровень реактивной и личностной тревожности, повышенная зависимость от окружающих, робость, отсутствие самостоятельности в разрешении конфликтных ситуаций, необщительность. Учится в 8-м классе по массовой программе, успеваемость удовлетворительная за исключением математики.

До оперативного лечения с девочкой были проведены два этапа занятий (успокаивающий и обучающий). После операции ежедневно проводились гетерогенные идеомоторные тренировки. После достижения состояния аутогенного расслабления больной предлагали формулу: «Представь, что ты стоишь на костылях, твои ноги уверенно опираются на пол, твои руки крепко удерживают костыли. Ты высокого роста, прямая, уверенная в себе. Все окружающие любят тебя. Ты держишься спокойно, тебе легко и приятно. Правой рукой ты выставляешь костыль вперед и легко подтягиваешь правую ногу, затем то же самое делаешь левой рукой и ногой. Ты сделала первые шаги, ты уверенно шагаешь дальше, чувствуешь себя легко и спокойно. Ты делаешь второй, третий, четвертый шаг...» После восьми занятий больная стала уверенно передвигаться, страхи ходьбы и высоты уменьшились.

Для коррекции интрапсихических конфликтов и межличностных отношений разыгрываются различные психодраматические ситуации, с использованием специальных сценариев, имеющие целью отреагирование конфликта, разрешение его, адаптацию к трудностям, нормализацию отношений.

Опыт нашей работы показал, что психорегулирующая тренировка способствует повышению устойчивости детей к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических занятиях у детей нормализуются тормозные процессы, что дает возможность ребенку управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева.

Особенно целесообразно использовать психорегулирующие тренировки с детьми, у которых эмоциональные проблемы проявляются в основном в сфере межличностных конфликтов.

Кроме психорегулирующих тренировок для коррекции эмоционального напряжения у детей с двигательными нарушениями целесообразно использовать психомышечные тренировки.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

В систему психокоррекционных занятий с дошкольниками с ДЦП вошло обязательное обучение детей конструированию и рисованию, которые являются основными видами продуктивной деятельности в дошкольном детстве. Занятия рекомендуется проводить с детьми, начиная с четырехлетнего возраста, а если у ребенка наблюдается умственная отсталость (дебильность), то занятия можно начинать с шести-семилетнего возраста, в зависимости от уровня его умственного развития.

### ***Конструирование***

Конструктивная деятельность дошкольника является сложным процессом, который успешно формируется и совершенствуется в данном возрастном периоде. Обучение конструированию способствует умственному развитию ребенка, развивает его способность к точному, расчленению целого на отдельные элементы, формирует глазомер у ребенка и положительно сказывается на произвольной регуляции процессов внимания и памяти.

В ряде исследований по конструктивной деятельности детей дошкольного возраста выделены такие формы этой деятельности, как конструирование по образцу, конструирование на заданную тему и свободное конструирование.

При конструировании по образцу детям предлагают постройку и указывают на способы ее воспроизведения.

Конструирование на заданную тему заключается в том, что ребенку указывается лишь общая тема, обычно усвоенная им раньше, например: постройка мостов, домов и т. д. При свободном конструировании каждый ребенок сам решает, что он будет строить. Здесь открываются возможности для развертывания фантазий детей, воплощения их творческих замыслов в практическую действительность.

Кроме общепринятых методов, в дошкольной педагогике получил широкое, распространение особый вариант – конструирование по моделям.

Этот метод обучения является наиболее эффективным средством умственного развития ребенка. В данном методе модель выступает для ребенка в качестве образца, структуру которого ребенок не видит (модель оклеена плотной бумагой или картоном) и он должен подобрать детали и расположить их соответственно конструкции образца. Такой способ конструирования требует от ребенка мысленного обследования образцов-моделей и их четкого обследования с включением не только зрительного, но и осязательного восприятия.

Опыт нашей работы показал, что конструирование по нерасчлененным образцам-моделям является более эффективным и целесообразным, чем простое копирование образцов (Мамайчук И. И., 1978).

Обучение дошкольников с ДЦП рекомендуется начинать с конструирования по наглядным образцам и только после этого (первого) этапа занятий переходить к конструированию по моделям.

*Программное содержание занятий первого этапа:*

- знакомство ребенка со строительным материалом;
- обучение детей простым конструктивным действиям из деталей одинаковой величины и формы;
- обучение планомерному обследованию образцов и деталей построек;
- обучение словесному обозначению пространственного расположения предметов: рядом, на, над, под, около и т. д.

Строительный материал: блоки и кубики одинаковой величины, но разного цвета и фактуры: пластмассовые и деревянные.

Руководство: педагог строит образец и сопровождает свои действия словами, указывая на расположение деталей, их цвет, а затем предлагает ребенку воспроизвести такую же постройку.

*Задания:*

- Конструирование «башни» из трех-пяти кубиков разного цвета.
- Конструирование «дорожки» из кирпичиков разного цвета.
- Конструирование «заборов» из разноцветных кирпичиков (вертикальное расположение деталей).
- Конструирование «грибов», «воротиков», «гаража», «дивана» из одинаковых по величине блоков (расположение деталей в вертикальном и горизонтальном направлениях с учетом общей конфигурации постройки).

*Методические требования к занятиям первого этапа*

Количество занятий необходимо варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и его подготовленности.

Обязательно перед началом конструирования давать словесное описание каждого образца, с указанием на его существенные детали.

В конце занятий рекомендуется каждую постройку обыгрывать. (Например, катание машины по построенной дорожке, прогулки куклы около башни и т. д.)

Продолжительность каждого занятия зависит от интереса детей и их работоспособности.

После того как дети успешно овладели конструктивными действиями, научились приемам конструирования с опорой на восприятие наглядных образцов, рекомендуется перейти к основному этапу обучения – конструированию с нерасчлененных образцов-моделей или модельному конструированию.

*Программное содержание занятий второго этапа:*

Обучение детей планомерному обследованию образцов-моделей, выделение их существенных компонентов.

Обучение детей эффективным способам конструирования с использованием развернутых действий с деталями в виде прикладывания к образцам, приставления, примеривания.

Обучение детей использованию пространственных и метрических признаков предметов (форма и величина) в процессе конструирования.

Обогащение словарного запаса ребенка специальной пространственной терминологией: квадрат, прямоугольник, ромб и т. д.

Строительный материал: предварительно сконструированные постройки нужно клеить плотной белой бумагой так, чтобы ребенок не видел, из каких деталей состоит модель. В строительном наборе необходимо иметь кубики разной величины, блоки разной формы и величины, части геометрических фигур, вырезанные из картона или пенопласта.

*Задания:*

- Конструирование объемных построек с образцов-моделей из деталей одинаковой величины и формы: «башни», «дорожки», «колодец» и пр.
- Конструирование объемных построек из деталей разной формы и величины.
- Конструирование плоскостных моделей из деталей одинаковой величины и формы: круг, квадрат, ромб, разделенные на несколько одинаковых частей.
- Конструирование плоскостных моделей из деталей разной формы и величины: геометрические фигуры, разделенные на части различной формы и величины.

*Методические требования к занятиям второго этапа*

На данном этапе занятий дети могут широко использовать различные способы конструирования: накладывание деталей на образцы или приставление к ним с целью сличения.

В процессе занятий взрослый может подсказать или показать ребенку способ работы.

Обязательно в конце каждого занятия производить обыгрывание постройки.

Занятия желательно проводить ежедневно в указанной последовательности.

Программа второго этапа рассчитана на длительный срок, он различен и зависит от индивидуальных возможностей ребенка.

После того как дети научились мысленно анализировать образцы-модели, овладели эффективными способами конструирования, научились использовать пространственные и метрические признаки предметов в процессе воспроизведения заданных образцов-моделей, можно приступить к обучению детей конструированию с образцов-рисунков.

На третьем этапе обучения конструированию значительно усложняется перцептивная задача, стоящая перед ребенком. Сложность конструирования с образца-рисунка состоит в том, что исключаются предметно-практические действия детей с деталями, и ориентировочно-исследовательская деятельность ребенка в процессе обследования образцов превращается в идеальное действие, действие в уме.

*Программное содержание занятий третьего этапа*

Учить детей правильно рассматривать образцы-рисунки, выделять в них существенные элементы постройки.

Учить детей правильно называть пространственные отношения: «наверху», «внизу», «слева», «справа» и т. д.

Учить детей правильно воспроизводить в постройках пропорциональные взаимоотношения деталей.

Строительный материал: блоки и кубики одинакового размера. Набор рисунков, где постройки нарисованы в нерасчлененном объемном изображении.

*Методические требования к занятиям третьего этапа*

Приступать к занятиям можно только после того, как дети успешно овладели

приемами конструирования с образцов предметов и научились мысленно анализировать образцы-модели.

Обязательно, как и на предыдущих этапах, совместно с ребенком проводить предварительный анализ образцов, называть существенные компоненты построек.

Если ребенок неправильно выполнил задание, обязательно совместно с ним проанализировать его ошибки.

Количество и продолжительность занятий третьего этапа зависит от возраста ребенка, его обучаемости и индивидуальных особенностей.

Итак, на первых трех этапах коррекционных занятий дети должны овладеть приемами обследования образцов-моделей и рисунков, научиться подбирать детали с учетом пространственных и цветовых характеристик. На четвертом этапе занятий ребенку можно предложить свободное конструирование, где он должен самостоятельно использовать усвоенные им приемы обследования и конструирования.

#### *Программное содержание занятий четвертого этапа*

Обучение детей использованию усвоенных способов конструирования.

Формирование умений представлять и воспроизводить объекты в различных пространственных расположениях.

Строительный материал: разнообразные строительные наборы, широко используемые в дошкольных учреждениях.

Руководство: педагог предлагает ребенку сделать предмет, который можно было бы использовать в определенных условиях. Ребенок не имеет перед собой образца, ему даются только условия, в которых предмет должен быть использован.

#### *Задания*

- Конструирование «кровати» для большой и маленькой кукол.
- Конструирование «домов» для кукол разной величины.
- Постройка улицы города.
- Конструирование по замыслу (построй, что тебе хочется).

#### *Методические требования к занятиям четвертого этапа*

Перед началом конструирования следует обговорить с ребенком, с какой целью и что он хочет построить, отобрать совместно с ним необходимый строительный материал.

Напомнить ребенку способы конструирования.

В процессе занятий закреплять названия формы, цвета деталей, с которыми работает ребенок, называть их пространственное расположение.

В отличие от предыдущих этапов, занятия четвертого этапа рекомендуется проводить не индивидуально, а в небольших группах (2–3 человека).

Занятия с детьми по конструктивному моделированию предполагают решение следующих четырех задач:

1. Обучение детей самостоятельным способам обследования образцов.
2. Обучение самостоятельным способам решения конструктивных задач.
3. Обучение словесному анализу пространственных положений деталей конструкции.
4. Обучение самостоятельному поиску допущенных ошибок.

## *Рисование*

Параллельно с обучением конструированию проводится обучение рисованию также в четыре этапа.

Для успешного овладения изобразительной деятельностью, в частности рисованием, необходимо развитие у ребенка целого ряда способностей, среди которых важное место занимают сенсорные, а именно: зрительное и осязательное восприятие предметов.

Правильно изобразить предмет ребенок может только тогда, когда представляет его себе, когда владеет комплексом движений, которые позволяют ему передать форму предмета и другие его особенности. Эти два процесса тесно связаны между собой, и развитие способности только в одной области не обеспечивает успешного овладения графической деятельностью.

Опыт нашей работы показал, что у детей с ДЦП трудности овладения рисованием обусловлены, главным образом, несформированностью их восприятий, а также двигательными нарушениями верхних конечностей. Поэтому, для правильного формирования графической деятельности необходимо, во-первых, совершенствование целенаправленного аналитико-синтетического восприятия у ребенка; во-вторых, совершенствование графических движений, направленных на воспроизведение пространственных и метрических признаков предметов (И. И. Мамайчук, 1978).

На занятиях по конструированию дети достаточно интенсивно обучаются зрительному анализу и синтезу предметов, поэтому основной акцент на первых этапах занятий по рисованию рекомендуется делать на формировании графических движений.

На первом этапе занятий по рисованию дети обучаются элементарным графическим движениям в вертикальном и в горизонтальном направлениях по опорным точкам.

*Материал:* цветные граненые карандаши (желательно, утолщенные), альбом для рисования.

*Руководство:* педагог показывает ребенку, как правильно держать карандаш, располагать руку в процессе рисования.

*Задания:*

Рисование «ниточек» по опорным точкам в вертикальном направлении (рисование разноцветных, коротких, длинных отрезков).

Рисование «дорожки» по опорным точкам в горизонтальном направлении (короткие, длинные отрезки).

Рисование геометрических фигур по опорным точкам: квадрат, треугольник, ромб и др.

Рисование дома с забором и деревом по опорным точкам.

*Методические требования к занятиям первого этапа:*

Опорные точки наносятся на бумагу до занятия.

На первых занятиях следует обращать внимание детей на правильное держание карандаша и положение рисующей руки.

Занятия по рисованию рекомендуется проводить в небольшой группе (по 2-3 человека).

Продолжительность и количество занятий рекомендуется варьировать в зависимости от динамики формирования графических умений у ребенка.

Рекомендуется поощрять ребенка за успешное выполнение заданий оценкой в виде звездочек, нарисованных педагогом около детского рисунка.

После того как дети овладели элементарными изобразительными движениями, рекомендуется формировать у него изобразительные движения по следующим параметрам: скорости, направлению, темпу, амплитуде.

На втором этапе занятий дети обучаются произвольному управлению графическими движениями с помощью специально разработанной нами методики.

*Материал:* альбом для рисования, утолщенные граненые карандаши, трафареты, изготовленные из пенопласта или картона, изображающие геометрические фигуры и фигуры животных.

*Руководство:* педагог показывает ребенку, как укреплять трафарет и обводить контур фигуры. При обведении контура фигуры движения должны быть медленными, а при закрашивании быстрыми.

*Задания:*

Рисование и окраска по трафаретам квадрата и прямоугольника.

Рисование и окраска по трафаретам круга и овала.

Рисование и окраска по трафаретам треугольника и ромба.

Рисование и окраска по трафаретам флажков, неопределенных фигур разной величины.

Рисование и окраска по трафаретам фигур животных.

*Методические требования к занятиям второго этапа:*

Строго следить за осанкой ребенка.

Необходимо следить за тем, чтобы дети обводили контур фигуры медленно, а закрашивали фигуры быстрыми, размашистыми движениями.

Окраску необходимо проводить в соответствии с формой фигуры. Например, круг необходимо закрашивать круговыми движениями, а квадрат прямыми линиями, треугольник – наклонными.

Обязательно учить детей произвольно регулировать силу нажима.

Перед началом рисования совместно с ребенком проводить анализ фигуры трафарета. Учить детей обводить его контуры указательным пальцем.

В процессе занятия обязательно включать в работу вторую руку для удерживания трафарета на листе бумаги.

Обязательно проводить занятия в указанной последовательности.

После того как дети овладели элементарными графическими движениями, научились произвольно регулировать их в зависимости от формы изображаемого предмета, рекомендуется переходить к рисованию предметов с натуры.

На третьем этапе перед началом рисования педагог совместно с ребенком обследует образцы и предлагает ему сконструировать их из готовых блоков. Например, при рисовании катушки ребенок складывает целую фигуру из двух частей, обследует ее и после этого приступает к рисованию.

*Материал:* альбом для рисования, цветные карандаши, геометрические фигуры, разделенные на несколько частей, объемные фигуры, разделенные на части (катушка, яйцо, пирамидка и пр.). На данном этапе обучения ребенок должен широко использовать графические умения, приобретенные в процессе рисования предметов на предыдущих занятиях.

*Задания:*

Рисование «дорожки», предварительно построенной ребенком из кирпичиков разного цвета.

Рисование квадрата, треугольника и прямоугольника, предварительно построенных из



палочек одинаковой величины.

Рисование геометрических фигур, предварительно сложенных из частей.

Рисование «домиков», предварительно сложенных из геометрических фигур.

Рисование разноцветных «воротиков» (одноярусных, двухъярусных), предварительно сконструированных из блоков разной величины.

*Методические требования к занятиям третьего этапа:*

Занятия этого этапа рекомендуется проводить с ребенком индивидуально.

Если ребенок испытывает затруднения в процессе конструирования предметов, рекомендуется напомнить ему приемы конструирования.

Следует сопоставлять изображенный ребенком предмет с образцом.

Продолжительность занятий зависит от индивидуальных особенностей ребенка.

На четвертом этапе продолжается обучение детей изображению предметов с натуры, а также включаются занятия по изображению предметов по замыслу и представлению. На данном этапе дети обучаются выделять в своих рисунках пространственные характеристики предметов: форму, величину, направление как после зрительного, так и после осязательного их обследования.

*Материал:* цветные карандаши, альбом для рисования; предметы одинаковой фактуры (из дерева): куб, пирамидка, матрешка, груша и пр.; пластмассовые бусы на ниточке, пластмассовые модели яблока, банана, огурца и пр.

*Руководство:* педагог предлагает ребенку сначала ощупать фигуру, словесно описать ее, а затем нарисовать. В случае затруднения названия фигуры рекомендуется обследовать ее зрительно и затем приступить к рисованию.

*Задания:*

Рисование яблока, груши с натуры с предварительным их обследованием с помощью зрения и осязания.

Рисование бус на ниточке после осязательно-зрительного восприятия.

Рисование катушки, пирамидки после осязательного и зрительного восприятия

Рисование куба, шара после осязательного восприятия.

*Методические требования к занятиям четвертого этапа:*

Рекомендуется занятия с детьми проводить в небольшой группе 3–4 человека.

Обязательно проводить занятия в указанной выше последовательности.

Добиваться, чтобы дети в процессе осязательного и зрительного восприятия образцов проводили тщательный их анализ, называли их существенные признаки.

Напомнить детям, как нужно закрашивать рисунок: горизонтальные, вертикальные, круговые линии.

Обязательно перед началом рисования предложить детям воспроизвести форму фигуры движением руки.

В конце занятий сопоставлять совместно с ребенком его рисунки с образцом.

Проведение четырех этапов обучающих занятий по конструированию и рисованию не исчерпывает всего комплекса психолого-педагогической коррекции. Если дети успешно овладевают конструктивными и графическими умениями, то в дальнейшем рекомендуется продолжить их обучение рисованию и конструированию по программе детского сада.

Сложная структура интеллектуального дефекта у детей с церебральным параличом требует дифференцированного подхода к психологической коррекции. При составлении психокоррекционной программы необходимо учитывать форму, степень тяжести, специфику

нарушения психических функций и возраст больного с ДЦП.

Диапазон интеллектуальных нарушений при ДЦП чрезвычайно велик: от нормального уровня интеллектуального развития до самых тяжелых степеней умственной отсталости.

Для детей с ДЦП в сочетании с умственной отсталостью характерно раннее время поражения мозговых систем и тотальное их недоразвитие. Первичный дефект при этой форме аномалии развития – недоразвитие высших форм мыслительной деятельности – абстрактного мышления.

Исследования показали, что у больных с ДЦП в сочетании с умственной отсталостью наблюдаются выраженные нарушения сенсорно-перцептивных процессов, что проявляется в недоразвитии константности и предметности восприятия, в замедленном темпе узнавания предметов, в трудностях обобщения сенсорных сигналов (Мамайчук, 1978 и др.).

Эти особенности определяют основные задачи психологической коррекции сенсорно-перцептивных процессов:

1. Обучение детей усвоению сенсорных эталонов и формирование перцептивных операций.

2. Развитие константности, предметности и обобщенности восприятия.

3. Развитие скорости восприятия объектов.

С этой целью используются разнообразные занятия с детьми по обучению их адекватному восприятию форм и величины предметов.

Занятия проводятся поэтапно с возрастающей сложностью каждого задания.

1. Восприятие детьми простой нерасчлененной формы. Для этого психолог подбирает предметы, формы которых совпадают с формами-эталонами. Например, блюдце и круг, тетрадь и прямоугольник, и пр. Психолог просит ребенка найти предмет, похожий на образец-эталон.

2. Восприятие формы, не вполне совпадающей с геометрической. Этот этап занятий характеризуется усложнением способов обследования и усложнением сопоставления. Перед ребенком стоит задача не только определить сходство формы воспринимаемого предмета с геометрической формой-эталонем, но и понять, в чем состоит отличие реального предмета от эталона.

Правильное сопоставление формы реального предмета с формой эталона невозможно без восприятия других пространственных свойств предмета – величины, пространственного расположения или соотношения частей. Например, чтобы отличить форму яблока от шара, психолог указывает на то, что у яблока наверху «ямка», а свекла в отличие от шара имеет внизу «хвостик».

3. Выделение в предмете главных деталей. Перед ребенком стоит задача не только дополнительного обследования предмета, но и нового подхода к восприятию всего предмета. Вначале дети рассматривают предмет как единое целое. Они воспринимают общую форму предмета, затем обучаются выделению в предмете основных деталей и соотношению их друг с другом.

4. Выделение существенных и характерных признаков предмета. Задача состоит в том, чтобы научить детей видеть в каждом предмете его существенные признаки, без которых он теряет свою предметную отнесенность и выделять конкретные черты, характерные признаки, позволяющие воспринимать именно этот предмет со всеми его индивидуальными отличиями. Например, существенным признаком всяких часов являются

стрелки, а наличие подставки характерно для настольных часов.

5. Составление форм из отдельных частей. Например, сложение квадрата, круга из двух и более частей по образцам и без наглядных образцов.

6. Восприятие пространственных отношений. Восприятие отношений между двумя предметами. Например, ребенку предлагается поставить (посадить) дерево около дома, за, рядом, справа, слева и пр.

Сам процесс коррекции должен проходить в процессе обучения детей продуктивным видам деятельности: конструированию, рисованию, лепке, аппликации.

Особое внимание уделяется формированию конструктивной деятельности. Конструктивная деятельность является сложным познавательным процессом, в результате которого совершенствуется восприятие формы, величины предметов и их пространственных соотношений (Лурия, 1948; Венгер, 1969).

А. Р. Лурия (1948) провел психологический анализ развития конструктивной деятельности дошкольников. В отличие от обычно применяемых в дошкольной педагогике конструктивных игр, где ребенок точно копирует образец, автор предложил конструирование с нерасчлененных образцов. Перед ребенком стояла задача мысленного анализа элементов, из которых состоит предложенная модель. Одинайцевые близнецы были разделены на две группы. Одна группа обучалась конструированию по традиционной методике, а вторая группа (их сестры и братья) обучалась конструированию с нерасчлененных образцов (готовые постройки были заклеены белым плотным картоном). Сравнительный анализ результатов исследования показал, что предложенный метод конструирования по моделям радикально изменяет развитие конструктивной деятельности ребенка, положительно сказывается на развитии сенсорно-перцептивных и мыслительных процессов. Обучение конструированию по моделям существенно повлияло на умственное развитие детей, на развитие зрительно-пространственного анализа и синтеза. Мы использовали метод, предложенный А. Р. Лурия, в психокоррекционной работе с больными детьми.

Таблица 9

**Содержание обучения детей конструктивному моделированию**

Этап	Программа	Задания
1	2	3
I. Подготовительный	Знакомство детей со строительным материалом. Обучение простым конструктивным действиям. Обучение планомерному обследованию образца и деталей. Обучение словесному обозначению пространственных отношений предметов (рядом, на, над, под, около и т. п.)	Конструирование башни из трех-пяти кубиков разных цветов. Конструирование «дорожки» из кирпичиков разных цветов. Конструирование «забора» из кирпичиков разных цветов (вертикальное расположение деталей). Конструирование фигур из одинаковых по величине и форме блоков в вертикальном и горизонтальном направлениях

Окончание табл. 9

II. Модельное конструирование	Обучение детей планомерному рассматриванию образцов-моделей и выделению их значимых компонентов. Обучение эффективным способам конструирования с использованием развернутых действий с деталями в виде прикладывания, приставления, примеривания. Обучение использованию пространственных и метрических признаков предметов. Обогащение словаря специальной пространственной терминологией (квадрат, круг, треугольник и др.)	Конструирование объемных образцов-моделей из деталей одинаковой величины и формы (модель заклеена белой плотной бумагой). Конструирование объемных построек из деталей разной величины и формы. Конструирование плоскостных моделей из деталей одинаковой величины и формы. Конструирование плоскостных моделей из деталей разной формы и величины
III. Конструирование с нерасчлененных образцов-рисунков (объемных)	Обучение детей рассматриванию образцов-рисунков, выделение их значимых элементов. Научить детей называть пространственные отношения. Обучение детей правильному воспроизведению в постройках пропорционально соотносящихся деталей	Конструирование построек в вертикальном и горизонтальном направлениях из различных деталей по величине и форме

Опыт нашей работы показал высокую эффективность этих занятий (Мамайчук И. И., Мендоса С, Мендоса Д., 1983).

*Память* детей с ДЦП отличается недостаточностью объема запоминания, трудностями приема, хранения и воспроизведения информации. У детей с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием наблюдаются существенное недоразвитие опосредованного запоминания, что обусловлено трудностями смысловой организации запоминаемого материала.

В связи с этим важными направлениями психокоррекции памяти являются:

1. Увеличение объема памяти в зрительной, слуховой и осязательной модальностях.
2. Развитие приемов ассоциативного и опосредованного запоминания предметов в процессе игровой и учебной деятельности.

Недоразвитие мышления является ядерным признаком у детей с ДЦП с психическим недоразвитием. Их мышление отличается конкретностью, невозможностью образования понятий, трудностями переноса и обобщения. Развитие мышления у них непосредственно связано с развитием деятельности и восприятия. Важным направлением психокоррекции является развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. В связи с этим психологическая коррекция должна решать следующие задачи:

1. Обучение детей многообразным предметно-практическим манипуляциям с предметами различной формы, величины, цвета.
2. Обучение использованию вспомогательных предметов (орудийные действия).

3. Формирование наглядно-образного мышления в процессе конструктивной и изобразительной деятельности.

Важным принципом психокоррекции детей, с ДЦП и психическим недоразвитием является деятельностный подход. Сам процесс психокоррекции должен проходить в процессе того вида деятельности, который доступен ребенку с интеллектуальной недостаточностью. Если у ребенка не сформирована игровая деятельность, то психокоррекцию необходимо проводить в контексте предметно-практической деятельности. Вторым важным принципом является комплексный подход к психокоррекции. Соблюдение этого принципа требует тесного контакта психолога с педагогом-дефектологом, логопедом, воспитателем и родителями. Третьим наиболее важным принципом является иерархический принцип коррекции. Психолог в процессе коррекции должен ориентироваться не только на уровень актуального развития ребенка, но и на его потенциальные возможности.

У подавляющего большинства детей с ДЦП наблюдается задержка психического развития, что проявляется в замедленном темпе формирования познавательных процессов и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Для них характерно недоразвитие предпосылок мышления, а именно: внимания, памяти, пространственного гнозиса. Для удобства анализа структуры нарушения познавательной деятельности у детей с ДЦП в сочетании с задержкой психического развития целесообразно выделить три ее основных блока: мотивационный, операционно-регуляторный и блок контроля (Бур-менская, Карабанова, Лидере, 1990).

Таблица 10

**Направления и задачи психологической коррекции детей с ДЦП с задержкой психического развития**

Наименование и содержание блока	Психокоррекционные задачи и приемы	Формы ДЦП
1	2	3
<i>Мотивационный</i> Неумение ребенка выделить, осознать и принять цели действия	Формирование познавательных мотивов: – создание проблемных учебных ситуаций; – стимулирование активности ребенка на занятии; – анализ типа семейного воспитания (при доминантном типе снижается познавательная активность у ребенка). <i>Приемы: создание игровых учебных ситуаций; дидактические и развивающие игры</i>	Задержанное развитие у детей с двигательными нарушениями, обусловленное социально-педагогической запущенностью
<i>Операционно-регуляторный</i> Неумение планировать свою деятельность по времени и содержанию	Обучение ребенка планированию деятельности во времени. Предварительная организация ориентировки в задании. Предварительный анализ с ребенком используемых средств деятельности <i>Приемы: обучение ребенка продуктивным видам деятельности (конструирование, рисование, моделирование)</i>	Все формы ДЦП в сочетании с задержкой психического развития

Окончание табл. 10

1	2	3
<p><i>Блок контроля</i>  Неумение ребенка контролировать свои действия и вносить необходимые коррективы</p>	<p>Обучение контролю по результатам деятельности. Обучение контролю по способу деятельности. Обучение контролю по ходу выполнения деятельности</p> <p><i>Приемы: дидактические игры и упражнения на внимание, память, наблюдательность; обучение конструированию и рисованию по моделям</i></p>	<p>Дети с ДЦП с задержкой психического развития</p>

Психокоррекционные занятия с детьми по развитию познавательных процессов могут проводиться как индивидуально, так и в группе.

Важным является единство требований к ребенку со стороны педагога, психолога и других специалистов, особенно при коррекции способности контролировать свои действия. Это успешно достигается при соблюдении режима дня, четкой организации повседневной жизни ребенка, исключение возможности незавершения начатых ребенком действий.

Важным направлением психокоррекции детей с церебральным параличом является *работа с родителями*. Перед психологом стоит задача смягчить тот эмоциональный дискомфорт, который испытывают родители в связи с тяжелой болезнью ребенка, а также сформировать у родителей положительные установки на активную помощь ребенку, найти адекватный стиль семейного воспитания детей с ДЦП. В диссертационном исследовании Чавес С., проведенном под нашим руководством, было выявлено, что родители детей с ДЦП склонны к неадекватной оценке их психических и физических возможностей, преобладающим стилем воспитания больных детей является потворствующая гиперпротекция, что в значительной степени снижает самостоятельность детей, негативно отражается на их коммуникативных и эмоционально-волевых качествах. Наблюдается также воспитательная неуверенность у родителей, проекция на ребенка детских качеств и своих недостатков. В процессе работы с родителями необходимо формировать у них адекватные представления о личности и психофизических возможностях больного ребенка. Целесообразно организованная система психокоррекционных воздействий (групповая дискуссия, индивидуальная беседа, анализ конфликтных ситуаций и пр.) способствует позитивной перестройке отношений родителей к больному ребенку, гармонизирует семейные отношения в целом, помогает редукции их негативных переживаний. Опыт нашей работы свидетельствует о целесообразности организации родительских ассоциаций и клубов с целью взаимной поддержки родителей тяжелобольных детей. Необходима также психотерапевтическая работа с родителями, особенно с отцами. Важным является включение родителей в процесс психолого-педагогической реабилитации ребенка.

Таким образом, психологическая коррекция является важным звеном всей системы психолого-педагогической помощи детям с церебральными параличами. Основная цель психокоррекции – исправление имеющихся нарушений в психическом развитии детей, гармонизация их личности и профилактика возможных отклонений в развитии, обусловленных как внутренней спецификой психического нарушения (тяжесть и структура дефекта), так и внешней (средовые факторы). Важное значение в психокоррекции детей с ДЦП имеет ориентация на сложные системно-структурные и онтогенетические модели их психического дизонтогенеза. Учет системно-структурных моделей психического

дизонтогенеза при различных формах детского церебрального паралича с учетом их возраста позволяет разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести и специфическую структуру дефекта. Учет онтогенетических моделей предполагает два основных направления в психокоррекции: первое – возврат к ранним онтогенетическим этапам развития познавательных процессов и личности, активизация этих процессов в качестве ранее не использованных резервов и второе – ориентация на уровень ближайшего развития ребенка. Например, при формировании зрительно-пространственных функций у детей с церебральным параличом мы используем обучение детей предметно-практическим манипуляциям, формированию у них ориентировочной и мотива-ционной основы действия. При развитии коммуникативных навыков и эмоционально-волевой устойчивости используются различные игры и расслабляющие техники, направленные на более низкий уровень психического реагирования (на базальные уровни эмоциональной регуляции, по Лебединскому с соавторами (1988)). Второе направление предполагает стимуляцию взросления личности детей с церебральным параличом и включает в себя развитие их самооценки, самоуважения, адекватного отношения к своему физическому дефекту.

## **ГЛАВА 8.**

### **ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ДИСГАРМОНИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

#### **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСГАРМОНИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

В международной классификации болезней (10-й пересмотр) выделена специальная рубрика (F90–F98) под названием «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском возрасте». К ним относятся:

F 90 – Гиперкинетические расстройства, которые проявляются у ребенка с раннего возраста и характеризуются чрезмерно активным поведением, но с недостаточной настойчивостью.

F 91 – Расстройства поведения, характеризующиеся стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения.

F 92 – Смешанные расстройства поведения и эмоций, проявляющиеся в сочетании стойкого агрессивного, диссоциального или вызывающего поведения с явными или заметными симптомами депрессии, тревоги или других эмоциональных нарушений.

F 93 – Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста, проявляющиеся в невротических расстройствах, возникших в детском или подростковом возрасте.

F 94 – Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского и подросткового возраста. Это наиболее гетерогенная группа расстройств, для которых общими являются нарушения в социальном функционировании, начинающиеся в период развития ребенка.

F 95 – Тикозные расстройства, где преобладающим проявлением является какая-нибудь разновидность тика.

F 98 – Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. К ним относятся неорганический энурез, неорганический энко-през, расстройства питания, стереотипные двигательные расстройства и пр.

К дисгармонии психического развития относятся психопатии и психопатическое развитие личности у ребенка. Как правило, диагноз психопатии не ставится в детском возрасте, и традиционно эти состояния называются психопатическими синдромами, которые приводят к выраженным нарушениям поведения.

В. В. Ковалев определяет психопатические синдромы как относительно устойчивые сочетания аномальных свойств личности, возникшие в результате нарушения ее формирования под влиянием различных эндогенных и экзогенных факторов. К экзогенным факторам могут быть отнесены и психогении, т. е. различные психические травмы, с которыми сталкивается ребенок (Ковалев, 1985).

Механизмы психического дизонтогенеза, лежащие в основе нарушений формирования личности при психопатических синдромах, неоднозначны. Систематика психопатий представляет значительные трудности. Это связано с рядом факторов, к которым относятся:

– многообразие психопатических вариантов развития личности;



– промежуточное положение психопатических вариантов развития личности между нормой и психическими заболеваниями.

Кроме того, большое значение имеют и социальные факторы, определяющие личностную структуру и не укладывающиеся в клиническую терминологию.

Этиология психопатий обширна, она может быть связана либо с генетическими, наследственными факторами, либо с эндогенными вредностями, действующими на ранних этапах онтогенеза. Некоторые виды психопатий могут иметь как наследственное, так и экзогенное происхождение. Возможно формирование психопатий под влиянием длительно действующих и деформирующих развитие личности ребенка средовых факторов, например, ранняя психическая депривация, острые и пролонгированные психогении и пр.

В отечественной психиатрии классификация психопатий построена по этиологическому принципу. Г. Е. Сухарева выделяет три группы психопатий: конституциональные, органические и смешанные.

Конституциональные психопатии, как правило, имеют наследственное происхождение. К ним относятся психопатическое развитие по шизоидному, эпилептоидному, циклоидному, психастеническому и истерическому типу. Рассмотрим кратко каждый из них.

Дисгармоничное развитие детей с психопатическим синдромом *по шизоидному* типу проявляется в сочетании повышенной чувствительности с отсутствием непосредственности, жизнерадостности, внешней сухостью по отношению к своим родным и близким. Ядерным свойством их личности является аутизм. Им свойственна своеобразная асинхрония психического развития уже с раннего детства. Развитие речи обгоняет развитие моторики, в связи с чем у детей затруднены навыки самообслуживания. В играх дети предпочитают одиночество или общение со взрослыми и более старшими детьми. У большинства детей с психопатическим развитием по шизоидному типу наблюдается преобладание интеллектуальных интересов. Они предпочитают точные науки, несмотря на склонность к аутизму, их аутистические установки не проявляются в полном отрыве от окружающих, как это имеет место при шизофрении. Для них свойственно замещающее общение. Например, вместо общения с детьми они предпочитают общение со взрослыми, а вместо игры наблюдается ранняя фиксация на интеллектуальных интересах.

Психопатическое развитие у детей *по эпилептоидному* типу проявляется в стойких характерологических особенностях в виде эмоциональной вязкости, напряженности эмоций и влечений, в склонности к немотивированным колебаниям настроения, в полярности эмоций.

*Циклоидный* тип психопатического развития отличается выраженной склонностью к немотивированным колебаниям настроения от пониженного субдепрессивного до повышенного маниакального. В детском возрасте это проявляется в преобладании повышенного фона настроения, в склонности к озорству, в чрезмерной общительности, которые сменяются подавленностью, апатией и пр.

Психопатическое развитие *по психастеническому* типу в детском возрасте проявляется в повышенной мнительности, в навязчивых страхах, в тревожности. В более старшем возрасте наблюдаются навязчивые сомнения, опасения, ипохондричность, повышенная мнительность.

*Истерическое* психопатическое развитие наиболее часто встречается в детском

возрасте, чем остальные формы. Оно проявляется в выраженном эгоцентризме, в повышенной внушаемости, в демонстративном поведении. В основе данного варианта психопатического развития лежит психическая незрелость. Она проявляется в жажде признания, в неспособности ребенка и подростка к волевому усилию, что составляет сущность психической дисгармонии.

Психопатическое развитие по *неустойчивому* типу может наблюдаться у детей с психофизическим инфантилизмом. Их отличает незрелость интересов, поверхностность, неустойчивость привязанностей, импульсивность. У таких детей отмечаются затруднения в длительной целенаправленной деятельности, для них характерна безответственность, нестойкость моральных принципов, социально-отрицательные формы поведения. Этот вариант психопатического развития может быть как конституционального генеза, так и органического.

Психопатическое развитие по органическому типу обусловлено ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах или в первые годы жизни. Нередко оно сочетается с задержкой психомоторного развития ребенка. Г. Е. Сухарева выделяет две основные группы органических психопатий: возбудимые (эксплозивные) и бестормозные.

При первом (*возбудимом*) типе наблюдаются немотивированные колебания настроения в виде дисфории. В ответ на малейшие замечания у детей и подростков возникают бурные реакции протеста, уходы из дома, школы.

Для органических психопатов по бестормозному типу характерны повышенный фон настроения, эйфория, некритичность. Все это является благоприятным фоном для формирования патологии влечений, к импульсивным сексуальным эксцессам, к бродяжничеству.

При анализе психопатического развития в детском возрасте необходимо учитывать биологические и социальные факторы.

Роль неблагоприятных социальных факторов проявляется в декомпенсации психических состояний у детей с психопатическим развитием. И наоборот, благоприятные социальные факторы могут сглаживать патологические черты личности у ребенка и подростка.

Динамика формирования психопатических синдромов проходит в три этапа. На первом этапе появляются отдельные патологические реакции у ребенка, которые носят неустойчивый характер. Например, реакция негативизма, протеста в подростковом возрасте. На следующем этапе появляются более длительные патологические состояния: высокая аффективность, склонность к бродяжничеству и пр.

На третьем этапе наблюдается формирование психопатии как стойкой девиации поведения. Например, kleptomания, патология сексуальных влечений и пр.

К типу дисгармоничного развития кроме психопатий относится также патологическое формирование личности. Если причиной психопатий, как правило, являются наследственные или другие биологические факторы, то при патологическом формировании личности основными факторами являются неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация в семье (Личко А. Е., 1983; Ковалев В. В., 1979).

В патогенезе патологического формирования личности основная роль принадлежит двум факторам: закреплению патологических реакций (протест, негативизм, отказ и др.), которые представляют собой форму ответов на психотравмирующую ситуацию и становятся

устойчивыми, и непосредственному воспитанию таких черт характера, как возбудимость, неустойчивость, истеричность в результате прямой стимуляции отрицательным примером.

Отклонения темпа полового созревания также рассматриваются как особый вид дисгармоничного развития (Лебединский В. В., 1985). При задержке полового развития церебрально-органического генеза может наблюдаться недоразвитие моторики, эмоционально-волевой сферы при высоком уровне вербализации. Причем эти особенности могут носить временный характер. Ускоренное половое созревание вследствие церебрально-органической патологии мозга также приводит к аномалии психического развития. К его проявлениям относится односторонняя зрелость интересов, связанная с ранним пробуждением сексуальности, а также аффективность, взрывчатость, ограниченность познавательной активности, примитивность.

В. В. Лебединский на основе патопсихологического анализа описывает несколько видов дисгармонии психического развития у подростков. Это дисгармония внутри эмоционально-волевой сферы, что проявляется в асинхронии развития элементарных и высших эмоций. У такого подростка наблюдаются динамические расстройства, проявляющиеся в повышенной возбудимости, лабильности, вязкости и пр. Дисгармония между интеллектуальной и эмоционально-волевой сферой у подростка проявляется в том, что высокий уровень развития интеллекта у него не регулирует эмоционально-волевою сферу, и последняя оказывает большее влияние на интеллектуальное развитие подростка, чем при нормальном развитии (Лебединский, 1985).

Патопсихологические исследования дисгармонии психического развития имеют важное значение при анализе ее структуры и особенностей, но далеко недостаточное. Необходимы комплексные клиничко-психологические исследования. В работах К. С. Лебединской с соавторами на основе комплексных клиничко-психологических исследований подростков с нарушениями в аффективной сфере выделены три основных типа нарушений поведения у них с преобладанием:

- явлений психической неустойчивости;
- явлений аффективной возбудимости;
- расторможенности влечений (Лебединская, Райская, Грибанова, 1988).

Нарушение поведения первого типа тесно связано с незрелостью эмоционально-волевой сферы и интеллектуальной сферы подростка, задержкой полового и физического созревания. Асинхрония психического развития авторы связывают с незрелостью структуры личности и стремлением таких подростков к имитации внешних форм поведения, соответствующих их паспортному возрасту. Асинхрония усугубляется также требованиями к подростку со стороны взрослых, которые ориентируются на паспортный возраст подростка и не учитывают его психическую незрелость.

Нарушение поведения по типу повышенной аффективности связано с ускоренным темпом полового созревания и наличием у подростков установок на более взрослый образ жизни. Асинхрония проявляется в несоответствии физической зрелости с интеллектуальной. Это способствует формированию аффективной возбудимости у подростка. Неблагоприятными средовыми факторами, способствующими повышению возбудимости, является авторитарный стиль воспитания, жестокость, принуждения подростка.

Нарушение поведения по типу расторможенности влечений авторы связывают с ускоренным темпом полового и физического созревания, установкой на образ жизни,

обеспечивающий реализацию потребностей, связанных с влечениями. Асинхрония развития проявляется в диссоциации между ранним появлением влечений и незрелостью эмоционально-волевой сферы. Авторы подчеркивают, что это наиболее тяжелый тип нарушения поведения, и неблагоприятные средовые факторы могут способствовать формированию асоциального поведения.

Таким образом, дисгармоническое психическое развитие – это тип дизонтогенеза, основой которого является врожденная или рано приобретенная диспропорциональность развития психики ребенка, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Этот вид дизонтогенеза клинически определяется как психопатия или патологическое развитие личности. Дисгармоничность психики первично обусловлена нарушениями в эмоционально-волевой сфере ребенка, при первично сохранном интеллекте. Для таких больных характерна неадекватная реакция на внешние средовые раздражители, вследствие чего нарушается поведение ребенка и его адаптация к окружающей среде. Парциальный дефект аффективно-волевой сферы негативно отражается на особенностях мышления у этих больных. Это проявляется в аффективной окраске интеллектуальных функций и способствует их искажению, формированию сверхценных идей. В зависимости от клинической формы данного вида дизонтогенеза наблюдаются различные нарушения эмоционально-волевой сферы. При психопатическом развитии отмечается повышенная возбудимость, патологическая лабильность или, наоборот – инертность, вязкость, вялость аффекта, недостаточность высших эмоций. Сохраненный интеллект ребенка не регулирует эмоционально-волевые процессы у ребенка или подростка. При патохарактерологическом развитии наблюдается парциальность эмоционально-волевого дефекта, что чаще проявляется в сензитивности, эмоциональной лабильности, тревожности или повышенной возбудимости и эгоцентризме.

Все перечисленные выше особенности детей с психопатиями и патологическим развитием личности проявляются в их поведении, которое характеризуется наличием протестных, демонстративных или агрессивных реакций, страха и негативизма. Ребенку становится трудно приспособиться к обычным дисциплинарным требованиям, нарушается процесс его социализации, что в свою очередь в значительной степени усугубляет его личностную дисгармонию.

В подростковом возрасте происходит интенсивное преобразование психики подростка. Существенные сдвиги наблюдаются в формировании интеллектуальной деятельности, что проявляется в стремлении к познанию, формировании абстрактного мышления, в творческом подходе к решению задач. Интенсивно формируются волевые процессы. Подростку свойственны настойчивость, упорство в достижении поставленной цели, способность к целенаправленной волевой деятельности. Активно формируется сознание. Этому возрасту свойственна дисгармоничность психического развития, которая часто проявляется в акцентуированности характера. По данным А. Е. Личко, акцентуированность (заостренность) отдельных черт характера у учащихся разных типов школ варьирует от 32 до 68 процентов от общего контингента (Личко, 1983).

Акцентуации характера – это крайние варианты нормального характера, но в то же время они могут быть предрасполагающим фактором для развития неврозов, невротических, патохарактерологических и психопатических реакций.

В многочисленных исследованиях психологов показано, что степень

дисгармоничности у подростков различна, а акцентуированность характера имеет разные качественные особенности и по-разному проявляется в особенностях поведения подростков.

Традиционно при классификации акцентуаций характера используется два основных подхода: клинический (психиатрический) и психологический. Клинический подход разработан А. Е. Личко. Автор на основе клинико-психиатрического анализа выделил 11 типов акцентуаций характера в подростковом возрасте: гипертимный тип, циклоидный, лабильный, астено-невротический, сензитивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный.

В классификации К. Леонгарда, разработанной на основе психологического анализа личности, предлагаются следующие типы акцентуаций характера: гипертимный, дистимический, эмотивный, тревожный, интровертированный, возбудимый, демонстративный, неустойчивый, аффективно-лабильный, педантичный и др. (Леонгард, 1981).

Типы акцентуаций характера весьма сходны и частично совпадают с типами психопатий. Различия между акцентуациями характера и психопатиями основываются на диагностических критериях, разработанных в трудах П. Б. Ганнушкина (1998) и О. В. Кебрикова (1971). Обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с повзрослением индивида. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке, и почти не обнаруживаются в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной.

В динамике акцентуаций характера А. Е. Личко выделяет две основные группы динамических изменений:

Первая группа – это переходящие, транзиторные изменения характера.

Вторая группа – относительно стойкие изменения характера.

Транзиторные изменения характера проявляются в подростковом возрасте в аффективных реакциях различного вида. А. Е. Личко выделяет следующие виды аффективных реакций:

1. Интрапунитивные реакции, которые представляют собой разряд аффекта путем аутоагрессии – нанесение себе повреждений, покушений на самоубийство, причинение себе вреда разными способами.

2. Экстрапунитивные реакции подразумевают разряд аффекта путем агрессии, направленной на окружающих, а именно: нападение на обидчиков или «вымещение злобы» на случайных лицах или попавших под руку предметах.

3. Импульсивная реакция проявляется в том, что аффект разряжается путем безрассудного бегства из аффектогенной ситуации, хотя это бегство никак не исправляет ситуацию.

4. Демонстративные реакции, когда аффект разряжается в «спектакль», в разыгрывании бурных сцен, в изображении попыток самоубийства и т. п.

Кроме аффективных реакций при транзиторных акцентуациях особенности поведения могут проявляться как в виде делинквентности, т. е. в проступках и мелких правонарушениях, в аддикции, в побегах из дома или бродяжничестве; транзиторных сексуальных девиациях (ранняя половая жизнь, гомосексуальная направленность и пр.).

Во второй группе наблюдаются стойкие изменения характера, что проявляется: в

переходе «явной акцентуации» в скрытую, латентную; в формировании под воздействием неблагоприятных условий среды психопатических черт характера («краевые психопатии» по О. В. Кебрикову); трансформации типов характера (Личко, 1983).

Рассмотрим содержательные характеристики каждого типа акцентуаций характера, представленные в классификации Леонгарда (1981).

#### *Гипертимный тип*

Основными характеристиками этого типа акцентуации характера является оптимизм, усиленная жажда деятельности, высокая активность у подростков. При слабовыраженной акцентуации у подростка наблюдаются такие особенности, как общительность, устойчивое, хорошее настроение, уверенность в себе, активное стремление к деятельности, организаторские способности. При резко выраженной акцентуации характера по гипертимному типу у подростка могут проявляться такие дезадаптивные качества, как легкомыслие, неразвитость этических норм и правил, безответственность, склонность к азартным увлечениям, побегам, ранней алкоголизации и ранним сексуальным связям. Гипертимные подростки конформно чувствуют себя в группе сверстников, инициативны, свободолюбивы. В ситуации ограничения проявляют еще большую гипертимность, склонны к асоциальным поступкам.

#### *Дистимический тип*

Особенностями этого типа акцентуации являются периодические колебания настроения и жизненного тонуса у подростков. В период подъема настроения подростки этого типа коммуникабельны, активны. В период спада настроения они немногословны, пессимистичны, начинают тяготиться шумным обществом, становятся унылыми, теряют аппетит, страдают бессонницей.

Подростки этого типа акцентуации конформно чувствуют себя среди небольшого круга близких людей, которые их понимают и оказывают поддержку. Важным для них является наличие длительных, устойчивых привязанностей, увлечений.

#### *Эмотивный тип*

Подростки этого типа характеризуются изменчивостью настроений, глубиной переживаний, повышенной чувствительностью. Эмотивные подростки обладают развитой интуицией, чувствительны к оценкам окружающих. Они конформно чувствуют себя в кругу семьи, понимающих и заботливых взрослых, постоянно стремятся к доверительному общению со значимыми для них взрослыми и сверстниками.

#### *Тревожный тип*

Основной чертой этого типа акцентуации является тревожная мнительность, постоянный страх за себя и своих близких. В детстве у подростков тревожного типа часто наблюдается симбиоти-ческая связь с матерью или другими родственниками. Подростки испытывают сильный страх перед новыми людьми (учителя, соседи и пр.). Они нуждаются в теплых, заботливых отношениях. Уверенность подростка, что ему окажут поддержку, помощь в неожиданной, нестандартной ситуации, способствует развитию инициативы, активности.

#### *Интровертированный тип*

У подростков этого типа наблюдается склонность к эмоциональной отгороженности, замкнутости. У них, как правило, отсутствует стремление установить близкие, дружеские отношения с окружающими. Они предпочитают индивидуальные виды деятельности.

У них наблюдается слабая экспрессивность, стремление к одиночеству, заполненному чтением книг, фантазированием, хобби. Нуждаются в теплых, заботливых отношениях со стороны близких. Их психологический комфорт возрастает при принятии взрослым и поддержке их самых неожиданных увлечений.

#### *Возбудимый тип*

При этом типе акцентуации характера у подростков наблюдается несбалансированность между возбуждающими и тормозными процессами. Подростки возбудимого типа, как правило, находятся в состоянии дисфории, что проявляется в подавленности с угрозой агрессивности по отношению ко всему внешнему миру. В этом состоянии возбудимый подросток подозрителен, заторможен, ригиден, склонен к аффективной вспыльчивости, импульсивности, немотивированной жестокости по отношению к близким. Возбудимые подростки нуждаются в теплых эмоциональных отношениях с окружающими.

#### *Демонстративный тип.*

Подростки этого типа отличаются ярко выраженным эгоцентризмом, постоянным желанием быть в центре внимания, желанием «произвести впечатление». Для них характерна коммуникабельность, высокая интуиция, умение приспособливаться. При благоприятных условиях, когда «демонстративный» подросток оказывается в центре внимания и принят окружающими, он хорошо адаптируется, способен к продуктивной, творческой деятельности. При отсутствии таких условий наблюдается дисгармония личностных свойств по истероидному типу – привлечение к себе особого внимания демонстративным поведением, проявляется склонность ко лжи и фантазированию как защитный механизм.

#### *Педантичный тип*

Как подчеркивает Леонгард, педантичность как акцентуированная черта характера проявляется в поведении личности. «Поведение педантической личности не выходит за пределы разумного, и в этих случаях часто сказываются преимущества, связанные с тенденцией к основательности, четкости, законченности» (С. 64).

Главными чертами этого типа акцентуации характера в подростковом возрасте являются нерешительность, склонность к рассуждательству. Такие подростки очень аккуратны, добросовестны, рациональны, ответственны. Однако у некоторых подростков при повышенной тревожности наблюдается нерешительность в ситуации принятия решений. Их поведение отличается некоторой ригидностью, эмоциональной сдержанностью. Таким подросткам свойственна повышенная фиксация на своем здоровье.

#### *Неустойчивый тип*

Основной характеристикой этого типа является выраженная слабость волевых компонентов личности. Безволие проявляется прежде всего в учебной или трудовой деятельности подростка. Однако в процессе развлечений такие подростки могут проявлять высокую активность. У неустойчивых подростков наблюдается также повышенная внушаемость, в связи с чем их социальное поведение в значительной степени зависит от окружения. Повышенная внушаемость и импульсивность на фоне незрелости высших форм волевой деятельности нередко способствует формированию у них склонности к аддиктивному (зависимому поведению): алкоголизм, наркомания, компьютерная зависимость и пр. Неустойчивая акцентуация проявляется уже в начальных классах школы. У ребенка полностью отсутствует желание учиться, наблюдается неустойчивое поведение. В

структуре личности у неустойчивых подростков наблюдается неадекватная самооценка, что проявляется в неспособности к самоанализу, соответствующей оценке своих поступков. При надлежащем контроле возможно исключить появление неструктурированного поведения. Неустойчивые подростки склонны к подражательной деятельности, что дает возможность при благоприятных условиях сформировать у них социально приемлемые формы поведения.

#### *Аффективно-лабильный тип*

Важной чертой этого типа является крайняя изменчивость настроения. Частые перемены настроения сочетаются со значительной глубиной их переживания. От настроения данного момента зависит самочувствие подростка, его трудоспособность. На фоне колебания настроения возможны мимолетные конфликты со сверстниками и взрослыми, кратковременные и аффективные вспышки, но затем следует быстрое раскаяние. В период хорошего настроения лабильные подростки общительны, легко приспосабливаются к новой обстановке, отзывчивы на просьбу. У них хорошо развита интуиция, они отличаются искренностью и глубиной привязанности к родным, близким, друзьям, глубоко переживают отвержение со стороны эмоционально значимых лиц. При доброжелательном отношении со стороны педагогов и окружающих такие подростки чувствуют себя комфортно, проявляют активность.

Психологическая диагностика типа акцентуации характера имеет важное значение для дифференцированного подхода к психологической коррекции, однако недостаточно ориентироваться только на данный параметр. Важное значение имеет анализ Я-концепции личности подростка и способов его психологической защиты.

В современной психологии Я-концепция рассматривается как многоуровневая система, состоящая из трех основных блоков: описательный, как образ Я, отношенческий как отношение к себе или к отдельным своим качествам, и самооценочный как принятие себя. Я-концепция как интегрированное понятие включает в себя не только представление индивида о себе в настоящем, но и то, что он о себе думает, как смотрит на свою деятельность и возможность развития в будущем (Берне Р., 1991). Как отмечает Берне, выделение описательной и оценочной составляющих позволяет рассматривать Я-концепцию как совокупность установок, направленных на самого себя. Применительно к Я-концепции выделяются три главных элемента установки:

1. Когнитивная составляющая установки – это образ «Я», включающий представление индивида о самом себе.

2. Эмоционально-оценочная составляющая – это самооценка. Аффективная оценка образа «Я» может различаться по интенсивности, так как конкретные черты образа «Я» могут вызывать более или менее сильные эмоции, связанные с их принятием или осуждением.

3. Потенциальная поведенческая реакция, то есть те конкретные действия, которые могут быть вызваны образом «Я» и самооценкой (Берне, 1991).

Я-концепция личности является важным регулятором ее поведения в соответствующих условиях. Она включает в себя две большие подсистемы: личностную и социальную идентичность. Личностная идентичность относится к самоопределению в терминах физических, интеллектуальных и нравственных личностных черт. Социальная идентичность определяется принадлежностью человека к различным социальным категориям: расе, национальности, классу, полу и т. д. Наряду с личностной идентичностью,



социальная идентичность оказывается важным регулятором самосознания и социального поведения.

Адекватно осознанное и последовательное эмоционально-ценностное отношение личности к себе является центральным звеном ее внутреннего психического мира, создающим его единство и целостность. Эмоционально-ценностное отношение личности к себе возникает на основе переживаний, включенных в рациональные моменты самосознания. Разнообразные чувства, эмоциональные состояния, пережитые человеком в разное время, в разных жизненных обстоятельствах в связи с размышлением о себе, понимание самого себя и т. д. составляют тот эмоциональный «фонд» личности, который в дальнейшем оказывает существенное влияние на гармонизацию личности, на особенности ее поведения.

В психологии традиционно различаются два вида образа «Я» – «Я-реальное» и «Я-идеальное». Рассматривая структуру Я-концепции, Р. Берне замечает, что образ «Я» и самооценка поддаются лишь условному концептуальному различению, поскольку в психологическом плане они неразрывно взаимосвязаны. Образ и оценка своего «Я» predisполагают индивида к определенному поведению; поэтому глобальную Я-концепцию можно рассматривать как совокупность установок индивида, направленных на са-мого себя. Автор выделяет следующие основные составляющие «Я-концепции».

1. Реальное «Я» – установки, связанные с тем, как индивид воспринимает свои актуальные способности, роли, свой актуаль-1 ный статус, то есть его представления о том, каков он на самом деле.

2. Зеркальное (социальное) «Я» – установки, связанные с представлениями индивида о том, как его видят другие.

3. Идеальное «Я» – установки, связанные с представлениями индивида о том, каким он хотел бы стать.

Идеальное в отличие от реального «Я» складывается из целого ряда представлений, отражающих сокровенные чаяния и устремления индивида. Эти представления бывают оторваны от реальности. Как отмечает Хорни, большое расхождение между реальным и идеальным «Я» нередко ведет к депрессии. Идеальное «Я» связано с усвоением культурных идеалов, представлений и норм поведения, которые становятся личными идеалами благодаря механизмам социального подкрепления. Реальное «Я» позволяет принимать решения и брать на себя ответственность за них. Оно ведет к подлинной интеграции и здоровому чувству целостности, тождества (Хорни К., 1993).

Итак, ориентируясь на концепцию Бернса, рассмотрим когнитивные, эмоционально-оценочные и поведенческие составляющие образа «Я» у подростка.

*Когнитивный* компонент включает в себя знания подростка о своих возможностях, в том числе и физических. Это и восприятие подростком своего внешнего облика, своего тела, своих физических качеств (сила, выносливость, ловкость и пр.). Когнитивный компонент не только формирует представление подростка о самом себе, но и включает отношение к себе, отражает его уровень самоуважения. Развитие этого компонента образа «Я» в значительной степени зависит от социального окружения подростка, особенностей его воспитания и жизненного опыта. Например, у подростков, родители которых постоянно фиксируют внимание на его недостатках (физических, интеллектуальных, личностных), наблюдается искаженная самооценка, которая в значительной степени негативно отражается на его поведении.

*Эмоционально-оценочный* компонент самооценки отражает результаты сравнения знаний подростка о себе с другими. Аффективная оценка представлений подростка о своих возможностях может обладать различной интенсивностью. Конкретные негативные или позитивные характеристики образа «Я» могут вызывать у ребенка более или менее сильные эмоции, связанные с принятием или осуждением себя. Важное значение на формирование эмоционального компонента самооценки играют обобщенные знания подростка о себе в процессе общения и деятельности. Негативная эмоциональная оценка подростком себя нередко приводит к аддиктивному (саморазрушающему поведению), что может проявляться в наркомании, алкоголизации, табакозависимости, в склонности к азартным играм и пр.

*Поведенческий* компонент образа «Я» включает в себя конкретные действия, которые могут быть вызваны образом «Я» и самооценкой. Это очень важный компонент в адаптации подростка к окружающей действительности.

В многочисленных исследованиях развития «Я-концепции» в подростковом возрасте выделяются следующие факторы, существенно влияющие на ее содержательные характеристики:

– Особое место в формировании «Я-концепции» подростка занимает активное половое развитие. Психофизические изменения у подростка, связанные с половым созреванием, разрушают уже сформировавшийся образ «Я» и требуют построения нового телесного «Я».

– Когнитивная перестройка, которая проявляется в качественных изменениях в развитии мышления. У подростка появляется склонность к предварительному мысленному решению, новое отношение к интеллектуальным задачам. Подросток, в отличие от ребенка, начинает анализ задачи с попыток выяснить все возможные отношения, создает различные предположения, создает различные предположения об их связях, затем проверяет свои гипотезы.

– Новый уровень овладения социальным опытом проявляется в формировании качественно иных отношений в системе «я и общество». Эти отношения направлены на усвоение норм человеческих взаимоотношений.

– Способность подростков моделировать свою деятельность и предвосхищать ее результаты отражается на их поведении, которое становится более упорядоченным, целенаправленным и волевым.

Метаморфозы тела, которые начинаются в период полового созревания, негативно сказываются на эмоциональном самочувствии подростков. Возникает тревожность, озабоченность, неудовлетворенность своим внешним обликом. Беспокойство по этому поводу продолжает нарастать в течение всего подросткового периода. Сначала подросток переживает диспропорции, затрагивающие отдельные части образа тела (ступни, ноги, руки), затем общий образ тела (рост, масса) и позже диспропорции таких социально значимых частей тела, как лицо, конечности (Исаев, 1996). Большую озабоченность испытывают мальчики в связи с развитием половых органов, а девочки – с ростом молочных желез. Высокая чувствительность к телесному образу «Я» у подростков, неудовлетворенность им нередко приводит к аффективным реакциям, таким как депрессивный фон настроения, ипохондрии, фобии, эмоциональная изоляция, фрустрированность, агрессивность и пр.

Совокупность ощущений, представлений и переживаний подростка по поводу своего физического облика может исказить образ «Я». Искажение образа «Я» проявляется в подростковом возрасте по-разному. У некоторых подростков определяющим фактором,

искажающим «Я-концепцию», является слабая рефлексия, что проявляется в недостаточном осознании своих личностных качеств и в неадекватных самооценках. У них наблюдается слабость самоконтроля поведения, импульсивность, низкий уровень познавательной активности. Неодинаковое соотношение «телесных» и «морально-психологических» компонентов «Я-концепции» в значительной степени искажают ее. У некоторых подростков наблюдается ригидность «Я-концепции», что проявляется в неадекватно завышенной или заниженной самооценке. При завышенной самооценке у подростка отмечается завышенный по отношению к своим возможностям уровень притязаний.

Самооценка имеет разные функции. С одной стороны – это когнитивный (познавательный) процесс. Подросток заинтересован в объективном знании себя и своих качеств. С другой стороны, самооценка часто служит средством психологической защиты личности. Желание иметь положительный образ «Я» нередко побуждает подростка преувеличивать свои достоинства или преуменьшать свои недостатки. Чтобы сохранить положительное отношение, личность вынуждена прибегать к различным защитным механизмам.

В подростковом возрасте выделяются следующие виды психологической защиты:

*Отрицание* – защита себя от неприятной действительности путем отказа адекватно воспринимать ее. Отрицание как защитный механизм формируется еще в детском возрасте, в значительной степени тормозит развитие «Я-концепции» и вызывает различные нарушения поведения, вплоть до аддиктивного. Например, у подростка-наркомана погиб приятель от передозировки наркотиков. В процессе беседы с психологом подросток утверждал, что приятель умер от воспаления легких, заболевания сердца и пр. Принятие истинной причины гибели приятеля означало бы для подростка-наркомана осознание серьезной опасности наркотиков для собственного здоровья. Подростки с данным видом защитного механизма не принимают источник тревоги как реальное событие. В структуре личности у них прослеживается неадекватно завышенная самооценка, они не терпят критики, самолюбивы, активно отрицают наличие трудностей, сложностей в своей жизни.

*Вытеснение* – это подавление, исключение из сознания мыслей, желаний, воспоминаний, которые вызывают тревогу и угрожают внутренней целостности человека. Например, подросток должен принять какое-то трудное решение, связанное для него с длительным волнением и переживанием, и может внезапно «забыть» об этом деле. При вытеснении неразрешимый конфликт может проявляться в тревожности, в эмоциональном дискомфорте, а также в астенических реакциях – усталости, апатии. Одним из ярких примеров вытеснения можно считать анорексию – отказ от приема пищи, которая часто встречается в подростковом возрасте. Как правило, «анорексивное» вытеснение является следствием страха у подростка поправиться и, следовательно, дурно выглядеть. Подросток начинает активно бороться с «полнотой». Некоторые подростки не могут открыто отказываться от еды, настойчиво предлагаемой им родителями. Как только прием пищи окончен, они тут же идут в туалетную комнату, где мануально вызывают рвотный рефлекс. Это, с одной стороны, освобождает подростка от грозящей «лишним весом» пи-1 ши, с другой – приносит психологическое облегчение. Со временем наступает момент, когда рвотный рефлекс срабатывает на прием пищи уже автоматически, и в результате формируется заболевание. Первоначальная причина болезни успешно вытеснена, а остались ее последствия.

*Компенсация* – этот защитный механизм наиболее часто встречается в подростковом возрасте. Он проявляется у подростка в прикрытии собственной неполноценности подчеркиванием желаемых черт или преодолением неуспехов в одной сфере деятельности сверхудовлетворением в других сферах. Например, болезненный, робкий, физически слабый подросток при выборе видов спорта отдает предпочтение боксу или самбо. Испытывая сверхкомпенсаторное желание доказать всем свою значительность в определенном виде деятельности, такие подростки часто делают это в ущерб своему здоровью, подчеркнуто пренебрежительно относясь к нему.

*Идентификация* – это бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому человеку, позволяющее подростку преодолеть собственную слабость и чувство неполноценности. Этот защитный механизм формируется с детства и является важным при усвоении ребенком норм социального поведения. В подростковом возрасте идентификация как защитный механизм нередко проявляется в таких стойких поведенческих реакциях, как подражание. Это может быть подражание знакомым, любимым артистам или даже асоциальным личностям (вор в законе, наркоман, крутой бизнесмен и пр.). Идентификация как защитный механизм часто наблюдается у инфантильных подростков с неустойчивой самооценкой.

*Рационализация* – это попытка личности доказать с целью самоутверждения, что поведение является рациональным и оправданным и потому социально одобряемым. Рациональное объяснение как защитный механизм направлено не на разрешение противоречия как основы конфликта, а на снятие напряжения при переживании дискомфорта с помощью псевдологических объяснений. Эти «оправдательные» объяснения мыслей и поступков более этичны и благородны, нежели истинные мотивы человека, т. е. рационализация направлена на сокрытие личностью истинной мотивации своего поведения. Например, подросток оправдывается, что много курит, и объясняет, что курят все, что курили великие люди. Ему обидно признаться, что курение превратилось у него во вредную привычку, что после употребления сигарет болит голова, тошнит. Рационализируя, он находит оправдательные мотивы своего поведения. Причем он может так красиво убеждать и объяснять, что сам начинает верить во все это. Нередко подростки, пользующиеся рациональной защитой, стараются построить свою концепцию как панацею от беспокойства и тревоги. Они заранее обдумывают все варианты своего поведения и их последствия. Эмоциональные переживания у них часто маскируются усиленными попытками рационального истолкования событий.

*Проекция* – защитный механизм, при котором человек приписывает другим людям свои собственные, неприемлемые для сознания инстинкты и желания. То есть как защитный механизм проекция проявляется в переносе личностью собственных (чаще негативных) характеристик на других людей. Например, подросток нетерпим к самоуверенным, самовлюбленным людям, поскольку сам не чужд этих качеств. Или убежден в чужой непорядочности, а сам втайне склонен к ней. Для таких подростков характерно скрытое желание иметь противников для самоутверждения. Они конфликтны, могут быть агрессивны, склонны к зависти, поиску негативных причин успеха у окружающих. У них наблюдается неадекватно завышенная или заниженная самооценка здоровья.

*Регрессия* как защитный механизм проявляется в возвращении ребенка или подростка к более примитивным способам реагирования на стрессовую ситуацию. У подростка могут

наблюдаться примитивные способы эмоционального реагирования на ситуацию: плаксивость, капризность, раздражительность, беспричинное упрямство, перепады настроения. У некоторых подростков может наблюдаться энурез (недержание мочи), кусание ногтей, сосание пальцев и пр. Некоторые подростки получают успокоение от обильной еды, питья, курения. Преобладание регрессии как защитного механизма часто наблюдается у инфантильных подростков, а также у подростков с задержкой психического развития. Несамостоятельность, инактивность, эмоциональная неустойчивость могут способствовать формированию у них аддиктивного поведения. Для них характерна неадекватная самооценка, слабая рефлексия, ситуативное поведение.

Итак, защитные механизмы по-разному отражаются на особенностях поведения подростков. В одних случаях подросток подавляет в себе мысли о своем поведении, отрицая или вытесняя свои внутренние проблемы, связанные с особенностями их поведения (отрицание). В других случаях ищет выход в самооправдании и снисхождении к своим проблемам, связанным с поведением (рационализация). В третьих стараются исказить существующую реальность и занимаются самообманом, используя проекцию, фантазирование, регрессию.

Анализ защитных механизмов личности подростков имеет важное значение при разработке дифференцированных методов психологической коррекции подростков с нарушениями в поведении вследствие дисгармонии развития.

## **ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ И МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

Основной целью психологической коррекции подростков с дисгармоничным развитием является согласование их личностной структуры, семейных взаимоотношений и решение актуальных психотравмирующих проблем.

Особый интерес в психокоррекционной работе с подростками с нарушениями эмоциональной регуляции поведения представляет уровневый подход, предложенный Лебединским В. В. с соавторами (1988). Взаимодействие личности с окружающим миром, реализация ее потребностей могут происходить на разных уровнях активности и глубины аффективного контакта со средой. Авторы выделяют четыре основных уровня.

Первый – уровень полевой реактивности – исходно связан с наиболее примитивными, пассивными формами психической адаптации. Аффективные переживания на этом уровне еще не содержат положительной или отрицательной оценки, они связаны лишь с общим ощущением комфорта или дискомфорта.

В более старшем возрасте ребенка и у взрослых этот уровень выполняет фоновые функции в осуществлении эмоционально-смысловой адаптации к окружающему. Он обеспечивает тоническую реакцию аффективных процессов. Роль этого уровня в регуляции поведения чрезвычайно велика и недооценка его влечет за собой существенные издержки в психокоррекционном процессе. Тоническая эмоциональная регуляция с помощью специальных ежедневных психотехнических приемов позитивно воздействует на разные уровни базальной аффективности. Поэтому различные психорегулирующие тренировки с использованием сенсорных стимулов (звук, цвет, свет, тактильное прикосновение) имеют огромное значение в психокоррекции поведения.

Второй – уровень стереотипов – играет важную роль в регуляции поведения ребенка

первых месяцев жизни, в отработке его приспособительных реакций – пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью. На этом уровне качественно оцениваются сигналы из окружающего мира и внутренней среды организма, аффективно оцениваются ощущения всех модальностей: слуховых, зрительных, тактильных, вкусовых и др. Типом поведения, характерным для этого уровня аффективной адаптации, являются стереотипные реакции. Аффективные стереотипы являются необходимым фоном для обеспечения самых сложных форм поведения человека. Активизация этого уровня эмоциональной регуляции в процессе психокоррекции достигается при сосредоточении пациента на чувственных (мышечных, вкусовых, тактильных и прочих) ощущениях, восприятии и воспроизведении простых ритмических стимулов. Этот уровень, так же как и первый, способствует стабилизации аффективной жизни человека. Разнообразные психотехнические приемы, широко используемые психологами, такие как ритмические повторы, ритуальные действия, прыжки, раскачивания и пр., занимают важное место в психокоррекционном процессе, особенно на первых этапах занятий. Они имеют как расслабляющее, так и мобилизующее значение в коррекции поведения детей и подростков.

Третий уровень аффективной организации поведения – уровень экспансии – является следующей ступенью эмоционального контакта человека со средой. Его механизмы постепенно начинают осваиваться ребенком на втором полугодии жизни, что способствует формированию активной адаптации к новым условиям. Аффективные переживания третьего уровня связаны не с самим удовлетворением потребности, как это было на втором уровне, а с достижением желаемого. Они отличаются большой силой и полярностью. Если на втором уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание вызывает тревогу, страх, то на третьем они мобилизуют субъекта на преодоление трудностей. На данном уровне аффективной организации ребенок испытывает любопытство к неожиданному впечатлению, азарт в преодолении опасности, гнев, стремление к уничтожению преград. В процессе психокоррекции уровень аффективной экспансии стимулируется под влиянием переживаний, возникающих в процессе азартной игры, риска, соперничества, преодоления трудных и опасных ситуаций, разыгрывания устрашающих сюжетов, содержащих реальную перспективу их успешного разрешения.

Четвертый – уровень эмоционального контроля (высший уровень системы базальной эмоциональной регуляции) формируется на основе субординации, взаимодополнения и социализации всех предыдущих уровней. Адаптивное аффективное поведение на этом уровне поднимается на следующую ступень сложности. На этом уровне закладывается аффективная основа произвольной организации поведения человека. Поведенческий акт субъекта уже становится поступком – действием, которое строится с учетом отношения к нему другого человека. В случае неудачи адаптации субъект на этом уровне уже не реагирует ни уходом, ни двигательной бурей, ни направленной агрессией, как это возможно на предыдущих уровнях, – он обращается за помощью к другим людям. На этом уровне происходит совершенствование аффективной ориентировки в себе, что является важной предпосылкой развития самооценки. Аффективное переживание на данном уровне связано с сопереживанием другому человеку. Коррекция эмоционально-смысловой организации поведения требует обязательного включения таких психотехнических приемов, как сотрудничество, партнерство, рефлексия, что способствует формированию гуманизма, сопереживания, самоконтроля.

Выделенные уровни аффективной организации составляют единую сложно координированную структуру. Эти уровни разрешают качественно различные задачи адаптации. Ослабление или повреждение одного из уровней приводит к общей аффективной дезадаптации ребенка или подростка. А чрезмерное усиление механизмов одного из уровней может быть причиной эмоциональной дефицитарности.

Закономерно развиваясь в единую систему регуляции, базальные уровни могут по-разному акцентуироваться в эмоциональной адаптации человека. Это способствует формированию индивидуальных эмоциональных отношений с окружающим миром. Например, тенденция к усилению первого уровня аффективной регуляции может проявляться в выраженной потребности к эмоциональному комфорту, гармонии. Подростки с акцентуированным вторым уровнем имеют глубокие эмоциональные связи с внешним миром, сильную аффективную память, устойчивы в своих привычках. Мощный третий уровень делает людей раскованными, смелыми, легко берущими на себя ответственность в разрешении напряженной ситуации, особенно в ситуациях риска, азарта. Подростки с более сильным четвертым уровнем сверхсосредоточены на человеческих отношениях. Они сострадательны, склонны к общению, соблюдению норм и правил, но они могут испытывать дискомфорт в тех нестабильных, напряженных ситуациях, которые чаще доставляют удовольствие лицам с сильно развитым третьим уровнем.

Структурно-уровневое изучение базальной эмоциональной организации личности имеет важное значение в разработке проблемы индивидуального поведения детей и подростков и эффективных способов его коррекции.

Как отмечалось выше, в основе нарушения поведения у подростков с дисгармонией развития лежит недостаточность произвольной регуляции деятельности. Опираясь на деятельностный принцип в психологии, можно выделить основные блоки структуры поведения человека.

Мотивационный блок – включает в себя умение подростка выделить, осознать и принять цель поведения.

Операционно-регуляторный блок – умение планировать пути достижения цели как по содержанию, так и по времени.

Блок контроля – умение контролировать свое поведение и вносить в него необходимые коррективы

Трудности осознания своего поведения свойственны многим подросткам с дисгармонией психического развития. Они проявляются в слабой рефлексии, в незнании своих характерологических особенностей, а также в недооценке подростком имеющейся психотравмирующей ситуации, способствующей дезорганизации его поведения. В связи с этим важным направлением психокоррекции является помощь в раскрытии ребенку или подростку его личностного потенциала. Психолог на основе комплексного психологического и патопсихологического обследования подростка выделяет основной системообразующий фактор, определяющий его поведение. В качестве системообразующего фактора могут выступать мотивы, установки, субъективно-личностные отношения, эмоциональные состояния и пр. У подростков с нарушением поведения вследствие дисгармонии психического развития такими системообразующими факторами чаще всего являются субъективно-личностные отношения к психотравмирующим воздействиям и разнообразные эмоциональные состояния. Все это способствует формированию

разнообразных патохарактерологических реакций на ситуацию: реакции оппозиции, протеста, агрессии, бродяжничества и пр.

После проведения психологической диагностики психолог в доступной для подростка форме рассказывает об особенностях его личности, позитивных и негативных ее сторонах. Желательно такую беседу подкреплять иллюстрациями, графиками, схемами, примерами из жизни подростка. Перед психологом стоит важная задача – пробудить интерес у подростка к своей личности и особенностям поведения.

Затем психолог переходит к обучению подростка умению распознавать и объективизировать психотравмирующие ситуации. Решение этой задачи требует разработки специальных психокор-реакционных технологий с учетом индивидуально-психологических характеристик подростка.

Для каждого типа акцентуаций характерны свои специфические реакции на различные психотравмирующие воздействия, которые могут способствовать нарушению их поведения. Для гипертимного подростка психотравмирующее воздействие могут оказывать ситуации, требующие сдерживания проявлений его энергии. Например, монотонная, неинтересная деятельность на уроке, не дающая выхода типичным чертам гипертимного характера, или ограничение круга общения. Для демонстративного подростка – это недостаточное внимание к нему как к личности. Для эмотивного подростка психотравмирующей ситуацией может быть недоброжелательное отношение окружающих людей, а для интровертированного подростка – вынужденное общение с окружающими.

Перед психологом стоит задача научить подростка объективно оценивать эти трудные для него ситуации, увидеть их как бы со стороны. Опыт нашей работы показывает, что среди психокор-реакционных технологий, направленных на решение этой задачи наиболее эффективными являются *групповые занятия с подростками на уровне реального поведения*.

Было давно замечено, что способность человека играть чужую роль помогает ему лучше приспособиться к окружающему миру. Понятие ролевых игр как одного из вариантов психотерапии было разработано во второй четверти XX века, однако еще в начале XIX века некоторые психиатры подчеркивали терапевтический эффект «разыгрывания ролей» пациентами психиатрических больниц (цит. по: Киппер Д., 1986). Морено в начале XX века описывал ролевые игры с детьми в городских садах Вены. Однако только в середине 30-х годов ролевые игры стали неотъемлемой частью в системе психотерапевтической работы с детьми и взрослыми. Ролевые игры – это своеобразный способ самовыражения личности, к которому она прибегает по своему сознательному решению или по просьбе окружающих. Ролевые игры как эффективная форма психотерапии были созданы в рамках трех основных подходов: психодрамы, основателем которой был Дж. Морено, терапии фиксированной роли Дж. А. Келли и поведенческой терапии, связанной с именами Вольпе и Лазаруса. Американский психотерапевт Дэвид Киппер разработал систему клинических ролевых игр, которые автор рассматривает как систематический метод психотерапии, «реализуемый в ходе высокоорганизованного, хорошо структурированного процесса, требующего, чтобы вызванное поведение рассматривалось по правилам процесса» (с. 41). Клинические ролевые игры строятся по образцу и подобию реальной жизни. Автор выделяет три основных стадии ролевых клинических ролевых игр: стадия разогрева, стадия действия и стадия завершения. В стадии разогрева клиенту предоставляется возможность развить в себе желание и готовность перейти к стадии действия, т. е. основной целью этой стадии является



формирование у клиента положительной установки на процесс ролевой игры.

Мы выделили четыре основные стадии ролевых игр с подростками: установочная стадия, стадия действия, стадия интерпретации и оценочная стадия.

На *установочной* стадии психолог объясняет подростку, что он должен описывать свои проблемы языком действий (игрой). Многие подростки, особенно с эмотивной и интровертированной акцентуацией характера, нередко воспринимают такую установку как сложную, ненужную, испытывают страх, проявляют негативизм при предложении разыграть ту или иную ситуацию. Перед психологом стоит важная задача – убедить такого подростка в необходимости участия в ролевых играх. Это достигается в процессе доверительного общения психолога с подростком, что способствует формированию у подростка уверенности в своих силах. На этой стадии психолог должен обратить внимание на спонтанность подростка. В повседневной жизни поведение человека до известной степени контролируется условностями, приходится сдерживать свои эмоции, поступать в соответствии с требованиями окружающих, в процессе ролевых игр эти условности снимаются. На установочной стадии не рекомендуется проводить ролевые игры, касающиеся основной проблемы подростка. Психолог в процессе беседы с подростком выясняет, какие бы темы он хотел обыграть, предлагает ему составить сценарий. Некоторым подросткам мы предлагали составить список тем и сценарии к некоторым темам, что имеет важное диагностическое значение.

На установочной стадии рекомендуется проводить ролевые игры, направленные на отработку умений для участия в ролевой игре. С этой целью можно использовать игры, предложенные Кьелом Рудестамом для групповой психотерапии (Рудестам, 1998).

### **Игра 1**

*Цель:* отработка участниками группы умений ролевой игры.

*Ход занятий:* группа делится пополам, образуя два круга, один внутри другого. По сигналу психолога группа участников внешнего круга движется по часовой стрелке, а внутренняя группа – против часовой стрелки. По сигналу психолога участники останавливаются и поворачиваются лицом друг к другу. Находящиеся во внешнем круге играют роль полицейских, дающих указание по движению своим партнерам во внутреннем круге, которые играют роль автомобилистов. Участники спонтанно продолжают игру в течение трех минут, затем в течение двух минут делятся с партнерами мыслями и чувствами относительно своего игрового опыта.

Для развития спонтанности группы можно использовать игру **«Монолог с двойником»**.

*Цель:* развитие спонтанности поведения у членов группы.

*Ход занятий:* психолог предлагает желающему подростку встать в центр группы и произнести монолог.

*Инструкция:* «Начинайте говорить о своих мыслях, чувствах, переживаниях. Не произносите речь, а просто излагайте вслух свои мысли. Можете свободно двигаться по комнате. Представьте себе, что вы один в комнате». Через несколько минут психолог предлагает желающим подросткам сыграть его, представить чувства и мысли произносящего монолог, скопировать его поведение. Каждый член группы должен иметь возможность хотя бы один раз поработать двойником.

Опыт нашей работы показал высокую эффективность таких занятий для сплочения группы, формирования спонтанного, естественного поведения ее членов.

На стадии *действия* проводятся ролевые игры по образцу реальной жизни. Например, психолог выполняет роль родителя или приятеля и предлагает подростку разрешить

предложенную ситуацию и выбрать наиболее приемлемые варианты выхода из нее. Все члены группы выступают в главной роли и разрешают ситуацию. В процессе ролевого проигрывания ситуации, где проблема подростка проявляется наиболее ярко, необходимо, чтобы подросток показывал свои действия свободно, в субъективной манере, каким бы искаженным не представлялся этот показ психологу и наблюдателям. Психолог в процессе игры подростка анализирует травмирующие его переживания, которые вызывают определенный способ реагирования на эту ситуацию в игре. С другой стороны, в процессе игры перед психологом стоит задача подвести подростка к необходимости искать новые способы эмоционального реагирования на конфликт. Это достигается с помощью следующих психологических техник:

1. Психолог, включаясь в ролевою игру, выполняя определенную роль (например, роль родителя), ставит перед подростком новые задачи, тем самым побуждая его к поиску новых способов эмоционального реагирования.

2. Психолог привлекает к выполнению роли других подростков с идентичными проблемами.

На данном этапе психолог обучает подростка новым способам реагирования на привычные конфликтные ситуации.

На стадии *интерпретации* психолог совместно с другими участниками игры предлагает подростку варианты альтернативного поведения. Например, на доске выписываются все предложенные варианты поведения, обсуждаются варианты, наиболее приемлемые для подростка.

На четвертой, *оценочной* стадии необходимо учитывать такие параметры, как степень эмоциональной стабильности подростка после занятия, состояние комфорта, степень рефлексии, оптимизма и реальные планы подростка на будущее.

Особое значение в психокоррекции поведения детей и подростков с дисгармонией в развитии является обучение их расширению диапазона возможных вариантов поведения в трудных для них ситуациях.

Это достигается с помощью игровых методов, таких как сюжетно-ролевые игры и игры-драматизации.

В процессе проведения таких игр необходимо учитывать возраст детей. Для детей дошкольного и младшего школьного возраста рекомендуется проводить занятия в форме игры с использованием кукол, масок и других игровых материалов. Детям предлагаются игры-драматизации, в которых отражены их поведенческие особенности.

Например, у девочки семи лет наблюдался выраженный эгоцентризм, что проявлялось в желании быть в центре внимания, в бурных протестах, когда ей отказывали в удовлетворении ее просьб. Перед началом коррекционной работы психолог совместно с родителями изучал реальные ситуации, при которых у девочки возникали патохарактерологические реакции, и на основе этого были разработаны сценарии игровой психокоррекции. В игре участвовали психолог, кот Мурзик (кукла) и девочка. Психолог выполнял роль ведущего, кот Мурзик был главным героем и в процессе игры реагировал на ситуации таким же образом, как девочка в реальной жизни (был упрямым, закатывал истерики, ругался и даже пытался драться). Девочка выступала в роли подруги кота, его матери, бабушки, воспитательницы и пр. После каждого игрового сеанса психолог вместе с девочкой обсуждал поведение Мурзика, обращал внимание на негативные и позитивные

стороны его поступков. После занятия девочке предлагалось домашнее задание – придумать ситуации, где Мурзик ведет себя правильно, проявляет героизм и пр. После двух месяцев игровой коррекции родители обратили внимание на улучшение поведения ребенка.

Для подростков рекомендуются специальные групповые занятия с использованием игр-драматизаций, в которых должны быть отражены потребности и проблемы каждого участника группы. С этой целью целесообразно использовать психотехники, разработанные А. Б. Добровичем (1987).

Например, игра **«Свое пространство»**, психологический смысл которой направлен: 1) на углубление самосознания одного из участников занятий; 2) утверждение в глазах группы значимости личности конкретного участника; 3) выявление косвенным путем (через реализацию игрового задания) отношений данной личности к каждому из членов группы.

*Ход занятий:* психолог выделяет из группы одного подростка и предлагает стать или сесть в центр игровой площадки, а всех остальных участников группы просят тесно сгрудиться вокруг него. После паузы в две-три минуты психолог говорит подростку следующее: «Сейчас вы превращаетесь в светило, на разном удалении от которого окажутся многочисленные планеты – другие люди. Те из них, чье притяжение вами ощущается сильнее, естественно, займут место ближе к вам. Те, чье притяжение слабее, расположатся подальше или вовсе оторвутся от вас. Закройте глаза, сосредоточьтесь... Теперь откройте глаза. Медленно поворачивайтесь вокруг своей оси. Каждому, кто окружает вас, поочередно сообщайте, в каком направлении ему (или ей) следует отходить. Пока человек не отдалится на расстояние, соответствующее вашему внутреннему чувству притяжения, командуйте: «Еще... еще... стоп!». Те, кому вы так и не сказали «стоп», вообще покидают игровую площадку. Вы вправе, конечно, не только удалять, но и оставлять человека на месте, либо приближать его к себе до 30 см. Начали!» После размещения участников игры вокруг «светила» психолог дает следующую инструкцию: «Вы создали сейчас свое психологическое пространство. Хорошо вам в нем?.. Если не вполне, можете внести любые изменения в расположение окружающих вас людей. Добивайтесь такой расстановки, чтобы ощутить чувство комфорта внутри данной среды». Расстановку играющих после первой инструкции можно рассматривать как демонстрацию симпатий или антипатий подростка. Однако среди участников игры, удаленных на значительное расстояние или вообще «изгнанных», нередко находятся те, кому подросток отдает особое предпочтение, но хочет скрыть это от группы. Точно так же среди играющих, оставленных близко, могут оказаться лица, безразличные или даже антипатичные подростку. Расстановка после второй инструкции в большей степени отражает подлинную систему отношений подростка. Не рекомендуется последующее обсуждение группой действий подростка. В заключение игры психолог объявляет: «Право любого играющего формировать свое пространство в этой игре так, как ему подсказывает интуиция. Люди могут быть весьма схожи образом мысли, но интуиция все-таки у каждого своя». После этого можно предложить быть «светилом» другому подростку. Однако не рекомендуется проводить занятия более чем с тремя подростками – «светилами», так как это может быстро надоест остальным участникам группы.

Для формирования позитивных отношений группы к подростку, имеющему низкий статус, рекомендуется проводить игру **«Почетный гость»**, которая направлена на решение следующих задач:

- 1) Формирование у подростка положительного статуса в группе.
- 2) Формирование у группы позитивных форм группового взаимодействия.

Психолог объясняет сущность игры: «Сейчас один из вас на время покинет помещение и подождет за дверью, пока его не вызовут. Из остальных мы выберем семь человек в состав жюри, которые будут оценивать по пятибалльной шкале поведение каждого участника игры. Задача состоит

вот в чем: человек за дверью – ваш почетный гость. Вообразите себе, что он очень уважаемый человек, имеет много заслуг. Когда он войдет в комнату, каждый из вас постарается пожать ему руку, о чем-то спросить, что-то рассказать, в общем, сделать так, чтобы ему было не скучно. Члены жюри, принимая решение независимо друг от друга, снижают оценку тем, кто поведет себя с гостем слишком сухо или слишком формально, подобострастно или грубо, скованно или раскованно. По оценкам членов жюри будет выведена средняя оценка».

Во время занятий можно производить видеозапись и после окончания игры коллективно обсуждать поведение каждого участника. Роль почетного гостя рекомендуется предложить подростку, имеющему низкий статус в группе, неустойчивую самооценку. Опыт нашей работы показал высокую эффективность данной игровой техники в коррекции не только межличностных отношений, но и в формировании адекватных способов общения.

Ролевое взаимодействие подростков в процессе групповых игр можно разделить на четыре основных этапа:

1. Подготовка группы к проигрыванию ситуации.
2. Кристаллизация группы в процессе «разминки».
3. Импровизация или инсценизация.
4. Дискуссия по перестройке структуры роли и поведения в группе и обществе.

Темы, выбираемые для ролевой импровизации, должны соответствовать жизненному опыту играющих. Возможно дозированное проведение игровой процедуры с постепенным усложнением ролевых задач.

Гройсман А. Л. (1992) предлагает следующие психотехнические приемы в процессе ролевой психокоррекции:

«Смена ролей», что способствует формированию взаимопонимания «отцов и детей». Например, психолог берет на себя роль ученика, а ученик – учителя. Такие игры способствуют нейтрализации и разрешению драматических коллизий и правильному адаптивно-интегральному исполнению жизненных ролей.

Методика «дублирования ролей», когда каждый из играющих поочередно проигрывает одну и ту же конфликтную ситуацию. Это способствует лучшему пониманию символики собственной жизненной роли, нахождению недостатков и формированию рефлексии.

«Зеркальная методика». Психолог дает портрет кого-то из участников занятий и раскрывает его «проблему». Сам человек не называется. В такой игровой ситуации подростку дается возможность быть не только актером и режиссером, но и зрителем собственной драмы и собственного поведения. Эта методика способствует формированию эмпатии у участников группы к чужим проблемам.

«Методика близнецов», при которой герой разыгрывает определенные сцены, отражающие хронологию событий в прошлом, настоящем и будущем в биографии героя.

Методика «солилоквиум», где главный герой делится с аудиторией своими переживаниями или свободными ассоциациями.

«Монологическая методика», когда один из участников игры говорит приходящие в голову ассоциации, а остальные члены группы комментируют высказанное, составляя психологический портрет исполнителя «монолога». Психолог наблюдает за импровизацией группы, не комментирует высказывания участников. Эта методика имеет важное диагностическое значение.

Большое значение в коррекции поведения имеет развитие навыков саморегуляции у подростков с проблемами в поведении с помощью *суггестивных методов*.

Еще в конце XIX века многие клиницисты и психологи обратили внимание на самовнушение как метод психотерапии (Куэ, 1929; Бехтерев В. М., 1908 и др.). Немецкий врач-психоневролог Иоганнес Шульц в начале прошлого столетия, посетив Индию, ввел в клиническую практику разработанную им методику аутогенной тренировки, которая в последующем была много раз модифицирована и пользуется большой популярностью в настоящее время. В основе аутогенной тренировки (АТ) лежит самовнушение. Действие самовнушения возможно лишь при определенных физиологических условиях мышечного расслабления и некоторого снижения уровня бодрствования мозга, в связи с чем формируются так называемые «зоны рапорта», дающие возможность активного применения словесных формулировок. Мышечная релаксация вызывает расширение сосудов, ослабление бодрствования, в результате чего самоинструкция получает на фоне тормозной коры необходимое влияние на всю кору, на вегетативные отделы ствола мозга, на ретикулярную формацию, на нижележащие элементы и на весь организм в целом. Этим объясняется возможность с помощью аутогенной тренировки при соответствующем опыте обучения повлиять как на психологическое состояние человека (например, улучшить настроение), так и на вегетативно-сосудистые проявления, регуляцию артериального давления и на энергетический уровень организма. АТ можно использовать не только как самостоятельную психотерапевтическую методику, но и сочетать с другими методами.

Шульц предложил следующие 6 формул АТ:

Подготовительная формула: «Я совершенно спокоен».

Формула 1. «Моя правая (левая) рука, (нога) тяжелая, обе руки и ноги тяжелые».

Формула 2. Моя правая (левая) рука, (нога) теплая, руки и ноги теплые.

Формула 3. «Сердце бьется ровно и мощно».

Формула 4. «Дыхание совершенно спокойно».

Формула 5. «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

Формула 6. «Мой лоб приятно прохладен»

Формулы упражнений произносятся, диктуются психологом. Обучающиеся должны мысленно повторять несколько раз вслед за психологом.

Тяжелая рука. Начинать это упражнение следует с правой руки у правшей, а у левшей – с левой руки. Добившись ощущения тяжести в одной руке, пациенты на следующих занятиях таким же образом добиваются ощущения тяжести во второй руке, а затем в двух руках одновременно. Также реализуется упражнение с ощущением тяжести в ногах, вначале поочередно, а затем – одновременно. Окончательная формулировка упражнения: «Мои руки и ноги стали совсем тяжелые».

Рука теплая. Кратко диктуется формула первого упражнения: «Мои руки и ноги стали совсем тяжелыми». Затем разучивается второе упражнение словесной формулой, внушающей тепло, в той же последовательности, как и первое упражнение. Окончательная формулировка, завершающая первые два упражнения: «Мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми».

Повторяется предыдущая формула. После нее пациенты вслед за психологом повторяют про себя: «Мое сердце бьется мощно и ровно», представляя себе

соответствующие ощущения, обязательно окрашенные приятными эмоциями.

Упражнение «Дыхание совершенно спокойно» – осваивается так же, как и предыдущее. Оно направлено на нормализацию дыхательного ритма.

Упражнение «Мое солнечное сплетение излучает тепло» усваивается труднее, и ему следует уделять больше внимания. Оно реализуется лучше, если проглотить слюну или полностью положить правую ладонь на солнечное сплетение и ощущать тепло непосредственно под ладонью.

Упражнение «Мой лоб приятно прохладен» выполняется путем представления прохладного ветерка, овевающего лоб и виски.

Каждый сеанс Шульц рекомендует проводить в течение 20–30 минут, и на вдохе, под приказом психолога «Открыть глаза», выйти из состояний аутогенного погружения. Шульц подчеркивает обязательное соблюдение последовательности упражнений (Шульц, 1985).

Аутогенные тренировки успешно используются не только в медицине, но и педагогике.

Шварц, 1958 г. предложил использовать методику релаксации в педагогических целях. Систематические наблюдения автора показали, что при проведении сеансов групповой релаксации школьников под руководством педагога достаточно двух-трех подготовительных занятий, после чего можно использовать состояние расслабления ученика для «ввода учебной информации или формул воспитательного содержания». Продолжительность первых двух сеансов по методике Шварца длилась от 30 до 35 минут. Это время примерно распределялось следующим образом:

Принятие удобной позы, сосредоточение на голосе педагога – 2–3 мин.

Ввод в состояние физического покоя – 5–6 мин.

Ввод в состояние психического покоя – 7–8 мин.

Выработка ощущения тяжести правой руки – 7–8 мин.

Выработка ощущений теплоты правой руки – 7–8 мин.

Выход из состояния релаксации – 2–3 мин.

Начиная с пятого-шестого занятия, автор предлагал использовать релаксацию в дидактических целях.

Подготовительную стадию (обучение релаксации) автор делит на три основные части.

*Первая часть (вступительная).*

Детям предлагается принять позу «кучера на дрожках». Инструкция: «Весь корпус расслаблен, никакого напряжения, мышцы шеи, рук, спины, ног вялые, они как бы выключены, голова слегка наклонена вперед, плечи опущены, руки на коленях лежат вяло, расслабленно, все заняли позу кучера на дрожках. Начинаем сеанс здорового отдыха, учимся произвольно регулировать свое психическое состояние. Я буду считать до десяти, когда скажу десять – глаза закрыть. Раз, два... забыли, что мы в классе, три, четыре... слушаем только мой голос, пять, шесть... никакой критики, только мой голос, семь, восемь... полностью успокоились, девять, десять... глаза закрыты».

*Вторая часть (основная)* Формулы:

1. Все мысли уходят, я погружаюсь в покой... некоторые фразы я буду произносить громко, вы должны шепотом повторять.

2. Я погружаюсь в покой... шепотом повторили и почувствовали погружение в покой,

освобождаясь от скованности и напряжения... Я лежу на берегу реки. В лесу журчит вода, поют птицы, шумит листва деревьев... Всюмните это ощущение покоя.

3. Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха... Почувствуйте сами приятное расслабление мышц. Голос мой будет то появляться, то исчезать. Вы должны сами выработать необходимое состояние покоя. Каждый мой мускул расслаблен и вял. Сами выработайте в себе это состояние. Все мое тело отдыхает. Мне легко и приятно.

4. Я спокойно отдыхаю... Я ни о чем не думаю.

Я лежу на спине, смотрю в голубое небо, там плывут облака, надо мной качаются верхушки деревьев, я слушаю успокаивающий шум леса. Я все глубже и глубже погружаюсь в покой. Покой, как одеяло, окутал меня, я как будто бы повис в воздухе, будто нахожусь в состоянии невесомости, у меня такое ощущение, будто я растаял. Полный физический и психический покой. Работаете вы все хорошо. Все хорошо. Вошли в состояние физического и психического покоя. Вы чувствуете полный физический и психический покой... Переходим к ощущению следующего состояния. Ощущению тяжести правой руки.

5. Чувствую тяжесть в правой руке. Мышцы напрягать не надо, пальцы в кулаке не сжимайте. Правая рука тяжелая. В правой руке тяжелая сумка, набитая книгами. Сумка своей тяжестью тянет правую руку. Правая рука давит на колено правой ноги. Рука приятно отяжелела. Рука лежит спокойно, неподвижная, теплая. Сами выработываем ощущение тяжести в правой руке. Рука тяжелая. Полный физический и психический покой. Правая рука тяжелая... тяжелая.

6. Чувствую приятное тепло в правой руке. Моя правая рука погружена в нагретый солнцем песок. Песок нагревает правую руку. Кровеносные сосуды в руке расширились. Приятное тепло струится от плеча в предплечье, из предплечья в кисть правой руки. Правая рука теплая. Рука теплая. Здоровая, горячая кровь согревает правую руку, приятное тепло проходит по рукам. Тепло доходит до пальцев. Чувствую тепло в кончиках пальцев. Вы, ребята, хорошо работаете. Вы молодцы. Вы чувствуете тепло. Я научился расширять сосуды в руке. Я могу расширять сосуды в руке. Я сам выработал состояние физического и психического покоя, тяжести и тепла в правой руке.

*Часть третья (выход из состояния релаксации).*

Формула: «Я хорошо отдохнул... чувствую легкость во всем теле, чувствую бодрость и свежесть. Полон сил и бодрости. Готов к очередным занятиям. Я буду считать до десяти, когда скажу десять – глаза открыть. Раз, два... тяжесть правой руки уходит, три, четыре... тепло правой руки уходит, пять, шесть... С каждым вдохом уходит тепло и тяжесть правой руки. Семь, восемь... настроение хорошее, хочется встать и действовать. Девять, десять... глаза открыть, глубокий вдох, потянулись, улыбнулись».

Представленные автором формулы вполне доступны для детей школьного возраста и были успешно использованы нами при проведении психорегулирующих тренировок (Мамайчук, Ортис, 1989).

Основной целью психорегулирующих тренировок, разработанных нами для детей и подростков с нарушениями в поведении, является смягчение эмоционального дискомфорта, формирование у них приемов релаксации, развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения.

Занятия проводятся поэтапно с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка, через день с небольшой (до 5 человек) группой.

### *Основные требования к организации занятий.*

Помещение для занятий должно быть достаточно просторным, хорошо проветриваться. Необходимо, чтобы помещение было защищено от внешних шумов. Освещение помещения не должно быть слишком ярким. В помещении должны быть установлены мягкие кресла с высокими подлокотниками. Желательно, чтобы кроме кресел были специальные кушетки для занятий в положении лежа.

Время занятий следует подобрать так, чтобы они проводились не раньше, чем через 2–3 часа после еды. Продолжительность каждого занятия 30–40 минут, включая последующее заполнение дневников-отчетов. На первых занятиях подростки выполняют меньшее число упражнений, но каждое упражнение выполняется дольше. Таким образом, общая продолжительность занятий остается неизменной. Продолжительность курса зависит от индивидуальных особенностей подростка. Опыт нашей работы показал, что он может продолжаться от 15 до 45 занятий. Частота занятий зависит от конкретных условий. В амбулаторных условиях занятия проводятся реже, чем в стационаре или в школе. В процессе занятий обязательно используется звуковое сопровождение. Как правило, магнитофонные записи. Сразу после каждого занятия подростки получают домашние задания и заполняют дневники-отчеты. Отчеты являются важнейшим средством контроля психолога за состоянием и успехами занимающихся. Кроме дневников-отчетов необходимы объективные наблюдения психолога за состоянием занимающихся и сопоставление их с самоотчетами.

### *Требования к специалисту-психологу.*

Психолог осуществляет отбор занимающихся и руководит занятиями. Новые упражнения осваиваются занимающимися только под руководством психолога. В процессе проведения занятий словесные формулы должны произноситься психологом достаточно четко. Высокие требования предъявляются к интонации голоса психолога. Это могут быть повелительные и успокаивающие интонации. Красочность, убедительность и образность речи психолога является важным фактором в процессе занятий. Не следует допускать резкий директивный тон. Нежелательно зачитывать формулы по написанному тексту. Психолог должен быть предельно искренним и должен переживать содержание занятий вместе со своими подопечными.

Психорегулирующие тренировки (ПРТ) состоят из четырех этапов: установочный, успокаивающий, обучающий и восстанавливающий.

На первых занятиях первого этапа (*установочного*) психолог рассказывает подросткам о целях и задачах ПРТ, об их значении в регуляции поведения человека в экстремальных условиях. Примеры должны быть убедительными. Рекомендуется предложить подросткам задать вопросы, рассказать о том, что они сами знают о резервных возможностях психики человека, о йогогах, медитациях и пр. Содержание установочной беседы зависит от возраста и индивидуально-психологических особенностей членов группы.

На следующих занятиях подросткам демонстрируются таблицы-схемы проекций частей тела в коре головного мозга. Обращается их внимание на то, что руки занимают непропорционально много места в кортикальном представительстве тела. Это указывает на то, что лицо и рука посылают в мозг наибольшее количество сигналов. «Чем больше сигналов, тем больше возбуждается мозг и наоборот, чем больше возбуждается мозг, тем больше импульсов он посылает на наше тело. Например, тремор рук у человека после напряженной работы. Таким образом, существует тесная связь между нашим телом и мозгом. Эта связь двухсторонняя и, человек может добиться успокоения, управляя своей



мускулатурой. Это доступно каждому».

На следующих занятиях установочного этапа мы обучаем подростков релаксации по методу Джекобсона. Цель метода – произвольное расслабление поперечно-полосатых мышц в покое. Обучение этому методу проводится в три шага.

Основной целью этих занятий является обучение подростка осознавать и чувствовать даже слабое мышечное напряжение и целенаправленно расслаблять мышцы-сгибатели.

Упражнения: предложить подростку, лежа на спине, сгибать и разгибать руки в локтевых суставах, резко напрягая мышцы рук, затем резко их расслабляя. Повторять упражнение несколько раз.

Затем продолжать обучать подростка расслаблению мышц шеи, туловища, плечевого пояса, ног, а затем мышц лица, глаз, гортани.

Второй шаг – обучение дифференцированной релаксации. Например, тренировать расслабленные мышцы в процессе чтения, письма и других занятий, в положении сидя расслаблять мускулатуру.

Третий шаг – подростка обучают наблюдать за собой в повседневной жизни и отмечать, какие мышцы напрягаются при волнении, страхе, тревоге, смущении. Рекомендуются целенаправленно уменьшать, а затем снимать локальное напряжение мышц.

Следует подчеркнуть, что овладение методом прогрессивной мышечной релаксации вызывает у многих подростков существенные затруднения. В связи с этим не рекомендуется требовать от подростка полного овладения этим методом. Основной целью этих занятий является формирование у подростка положительной установки на ПРТ, а также диагностика его способности к саморегуляции.

Второй этап – *успокаивающий*, в процессе которого используется вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Многочисленные исследования психологов показали, что сильное физиологическое воздействие на организм оказывают хорошо известные классические и народные мелодии (Рогов, 1996 и др.). Опыт нашей работы показал, что для снятия психического напряжения целесообразно использовать такие музыкальные произведения, как «Сладкие грезы» Чайковского, «Грустный вальс» Сибелиуса, «Фантазия-экспромт» Шопена, романс Шостаковича к кинофильму «Овод», «Аве-Мария» Шуберта, «Лунная соната» Бетховена и др. Рогов рекомендует подбирать музыкальные произведения в зависимости от состояния ребенка или подростка (Рогов, 1996).

При переутомлении и нервном истощении рекомендуются такие произведения, как «Утро» Грига, «Полонез» Огинского. При угнетенном, меланхолическом настроении – «К радости» Бетховена, «Аве-Мария» Шуберта. При выраженной раздражительности, гневливости – «Хор пилигримов» Вагнера, «Сентиментальный вальс» Чайковского, а при снижении сосредоточенности внимания – «Времена года» Чайковского, «Лунный Свет» Дебюсси, «Грезы» Шумана.

Психолог предлагает детям удобно расположиться в кресле, закрыть глаза и расслабиться, слушая музыкальное произведение. В нашей практике мы чаще использовали «Лунную сонату». На фоне расслабляющей музыки психолог спокойным голосом говорит детям: «Вы спокойны, вы совершенно спокойны... Представьте себе, что вы находитесь на берегу моря... Мягкий, теплый ветерок овеивает ваше лицо... Море синее, синее... Вода теплая... Вы лежите на теплом песке, он согревает вас... Вам легко и приятно, легко и приятно, легко и спокойно... спокойно».

Не рекомендуется, чтобы занимающиеся засыпали на занятии, что наблюдается у высоко внушаемых детей и подростков. Им можно предложить зрительно-музыкальные стимулы, также направленные на снятие напряжения и создание позитивных установок на последующие занятия. С этой целью используется специально подобранные нами изображения природы (лес, поле, морской прибой и др.), которые представляются на экране на фоне специальной расслабляющей музыки.

После каждого занятия детям предлагались карточки с изображением лица с различной мимикой (грусть, радость, удивление, задумчивость). Ребенок выбирал карточку, которая соответствовала его настроению после занятия. Для подростков мы использовали полярные определения:

- веселый – грустный;
- спокойный – взволнованный;
- теплый – холодный;
- ясный – мрачный.

Подросток должен был отразить свое настроение в пятибалльной оценке. Кроме того, целесообразно предложить тест Люшера для оценки эмоционального состояния подростка.

Опыт нашей работы показал, что установочный этап, как правило, длится от 2 до 7 занятий. В конце каждого занятия необходимо подчеркнуть, что более глубокому отдыху способствует расслабление всех мышц конечностей и тела, которое субъективно воспринимается человеком как чувство тяжести.

Третий этап – *обучающий*, целью которого является обучение детей и подростков произвольному расслаблению с помощью специальных релаксирующих упражнений. С этой целью используются упражнения из методик Шульца на вызывание тепла и тяжести, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений, но модифицированные для детского и подросткового возраста. Формулы должны сочетаться с конкретными эмоциональными образами, вызывающими у человека необходимые для данного упражнения ощущения. Формулы требуется произносить «про себя», соотнося их с дыханием. Как правило, формулы, произносимые на выдохе, дают больший расслабляющий эффект. Если формула слишком длинная и ее не успеть «проговорить» в течение одного выдоха, то рекомендуется растянуть ее на два выдоха. В процессе занятий могут быть использованы следующие формулы:

- я приготовился к отдыху;
- я успокаиваюсь;
- отвлекаюсь от всего;
- посторонние звуки не мешают мне;
- уходят все заботы, волнения, тревоги;
- мысли текут плавно, медленно;
- я отдыхаю;
- я совершенно спокоен.

Традиционно расслабление необходимо начинать с правой руки.

На первом занятии детям необходимо научиться с закрытыми глазами мысленно, как можно ярче, представить себе образ совершенно расслабленной, тяжелеющей правой руки. Для этого можно использовать следующую формулу:

- моя правая рука тяжелая; или вся правая рука от плеча до кончиков пальцев тяжелая-тяжелая...

Эту формулу необходимо представить обучающемуся в максимальной наглядности.

Задание считается выполненным, когда ощущение тяжести правой руки отчетливо фиксируется подростком.

На втором занятии проводится обучение подростка вызыванию тепла в правой руке. Сидя в удобной позе или лежа, с закрытыми глазами, подросток вызывает тепло в руке с помощью следующих формул:

– правая рука теплеет, или в правой руке появляется приятное ощущение тепла.

После каждого занятия ребенок должен отразить в отчете общее самочувствие и описать свои ощущения в руках и ногах.

Рекомендуется предложить ребенку проводить самостоятельную тренировку перед сном (домашнее задание).

На третьем и последующих занятиях можно предложить упражнения на дыхание. С этой целью используются дыхательные гимнастики.

Перед началом дыхательных упражнений необходимо рассказать детям о значении дыхания в жизни человека.

1 шаг – постепенное удлинение выдоха, пока он не станет вдвое длиннее вдоха;

2 шаг – удлинение всех фаз дыхания;

3 шаг – уменьшение вдоха, пока не поравняется с выдохом. Дыхательные упражнения вызывают большие трудности не только у детей, но и подростков. Главное – научить ребенка удлинять выдох. Например, на счет 1, 2, 3, 4 – вдох, затем 1, 2, 3, 4 – выдох (повторить два раза). Затем выдох увеличить до 5 раз, затем 6, затем 8. Каждое упражнение повторять по два, три раза.

После усвоения дыхательных упражнений рекомендуется обучать ребенка ощущению глубинного тепла в животе. Выполнение этого упражнения способствует расслаблению внутренних органов. Предварительно можно предложить ребенку сконцентрировать свое внимание на том, как проходит пища или вода в желудок. Например: «Ты глотнул горячее молоко, оно проходит через пищевод к желудку». Или: «Представьте себе, на месте желудка лежит грелка, ее тепло проникает внутрь желудка». В качестве формулы самовнушения можно использовать следующие: мой живот мягкий, теплый.

Пятое упражнение направлено на вызывание тепла в солнечном сплетении, что способствует снятию неприятных ощущений и болей в животе, обеспечивает гармоничное функционирование внутренних органов брюшной полости и регулирует кровообращение гладкой мускулатуры.

Шестое упражнение направлено на вызывание ощущения прохлады лба с помощью формулы: «Мой лоб слегка прохладен». Повторяя эту формулу несколько раз, можно предложить ребенку зрительные образы. Например: «Я нахожусь около вентилятора... прохладный воздух овеивает мое лицо».

Седьмое упражнение направлено на произвольную регуляцию сердечных сокращений. После краткого повторения всех усвоенных ранее упражнений предложите детям формулу: «Ваша левая рука погружается в теплую воду. В вашей руке теннисный мячик, вы его ритмично сжимаете... на вдохе – напряжение, на выдохе – расслабление мячика». Такие воображаемые движения проводятся в определенном темпе, от замедленного до ускоренного... Затем по команде психолога они прекращаются. Произвольная регуляция частоты сердечного ритма вызывает существенные трудности у детей и подростков. Опыт нашей работы показал, что вполне достаточно описанных выше идеомоторных упражнений

для обучения ребенка или подростка сосредоточению на частоте сердечных сокращений.

После обучения ребенка или подростка произвольному расслаблению с помощью описанных выше упражнений следует переходить к восстанавливающему этапу.

Четвертый этап – *восстанавливающий*.

На фоне релаксации (аутогенного погружения) предлагается выполнить специальные упражнения, направленные на коррекцию эмоциональных состояний, настроений, развитие коммуникативных навыков, перцептивных процессов и пр.

Например, для моделирования настроения целесообразно использовать метод сенсорных образов-ассоциаций. Подростку, находящемуся в состоянии аутогенного погружения, предлагаются ключевые слова, например, оранжевый апельсин. После нескольких мысленных повторов у подростка возникает четкий зрительный образ. Затем подростку предлагается цепочка последовательных ассоциаций: оранжевый цвет, солнечный песок, песок на пляже, поле ромашек и пр. Подросткам предлагается вжиться в специфические сенсорные ощущения, моделирующие определенную эмоциональную гамму. Концентрация на оранжевом цвете способствует повышению настроения у подростков.

Важное значение имеет метод сюжетных представлений.

Подростку, находящемуся в состоянии аутогенного погружения, предлагается сначала представить себя в индифферентной ситуации, затем в эмоционально-значимой обстановке, связанной с имеющимися у него проблемами. Например, пришел из школы и необходимо приступить к приготовлению уроков, или застенчивый подросток стесняется подойти к учителю и задать ему вопрос и пр. Подросток представляет данную ситуацию, и психолог предлагает ему формулы: «Я спокоен, совершенно спокоен... я успешно справлюсь, найду правильный выход из любой ситуации».

В процессе упражнений на сюжетное представление подросток должен:

– ясно представить положительное переживание, например, от выполнения домашнего задания, общения с незнакомым человеком и пр. и воспроизвести этот образ в сознании;

– в воображении необходимо как можно яснее и четче представить результаты сделанного;

– представить, что результат для себя очень важен.

В процессе занятий можно использовать формулы, направленные на укрепление эмоционально-волевой сферы и уверенности у подростка.

Например:

Я все лучше владею собой...

Я владею своими мыслями...

Я владею своими чувствами...

Я всегда внимателен...

Я постоянно собран...

Я всегда уверен в себе...

Я всегда уравновешен...

Я владею собой...

Опыт нашей работы показал, что психорегулирующая тренировка (ПРТ) способствует повышению устойчивости детей и подростков к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических занятиях ПРТ у детей и подростков нормализуются тормозные процессы, что дает им

возможность управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева. Особенно целесообразно использовать ПРТ с подростками, у которых эмоциональные проблемы проявляются в основном в сфере межличностных конфликтов.

Кроме психорегулирующих тренировок с целью коррекции эмоционального напряжения у подростков целесообразно использовать психомышечные тренировки (А. В. Алексеев, 1985).

Данный метод включает в себя 4 основные задачи:

1. Обучение ребенка расслаблять мышцы тела и лица методом прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону.
2. Обучение с предельной силой воображения, но без напряжения представлять содержание формы самовнушения.
3. Учить удерживать внимание на мысленных объектах.
4. Научить воздействовать на себя необходимыми словесными формулами.

Психомышечные тренировки целесообразно использовать с детьми от 10 лет и старше.

При выполнении психорегулирующих и психомышечных тренировок необходимо учитывать возрастные, индивидуально-психологические и клинические характеристики подростка.

Не рекомендуется брать на занятия подростков с эпизиндромом, с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с эндокринными нарушениями и легочной недостаточностью.

Необходимо тщательно выполнять следующие методические требования:

1. выполнение подростком каждого упражнения;
2. самонаблюдение и фиксация возникших во время упражнений ощущений;
3. самостоятельное повторение подростком упражнений в течение дня (два-три раза).

В детской и подростковой клинике широко используется психогимнастика, предложенная чешским психологом Г. Юновой и модифицированная М. И. Чистяковой. Занятия по психогимнастике включают в себя ритмику, пантомиму, коллективные танцы и игры. Занятия состоят из трех фаз:

1 фаза – снятие напряжения с помощью различных вариантов бега, ходьбы, имеющих социально-психологическое значение (кого выбрать в напарники и т. д.).

320

2 фаза – пантомима (например, изображение страха, растерянности, удивления и пр.).

3 фаза – заключительная, основной целью которой является закрепление чувства принадлежности к группе (используются различные коллективные игры и танцы).

М. И. Чистякова использовала этот метод для детей младшего возраста и несколько модифицировала его.

1 фаза – обучение детей технике выразительных движений.

2 и 3 фазы – обучение использованию выразительных движений в воспитании эмоций и высших чувств.

4 фаза – обучение навыкам саморасслабления.

Психогимнастику авторы предлагают использовать в профилактических целях с подростками, имеющими эмоциональные проблемы, а также в процессе групповой психокоррекции на этапе «разминка».

## ГЛАВА 9.

# ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

## ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Спектр эмоциональных нарушений в детском и подростковом возрасте чрезвычайно велик. Это могут быть тяжелые невротические конфликты, неврозоподобные состояния у ребенка вследствие органического поражения центральной нервной системы, преневротические состояния и др.

В психологической литературе эмоциональное неблагополучие у детей рассматривается как отрицательное состояние, возникающее на фоне трудно разрешимых личностных конфликтов (А. В. Запорожец с соавторами, А. И. Захаров и др.).

Традиционно выделяются три группы факторов, приводящих к возникновению эмоциональных нарушений у детей и подростков: биологические, психологические и социально-психологические.

Биологические предпосылки эмоциональных нарушений включают в себя генетические факторы. Так, в исследованиях зарубежных авторов была обнаружена отчетливая связь между депрессивными состояниями у детей и аналогичными состояниями у их родителей (Каплан Г. И. и Сэдок, 1994; Black, 1987). Несомненно, наследственные факторы играют важную роль в формировании индивидуально-типологических характеристик личности ребенка, однако их далеко недостаточно для возникновения тех или иных эмоциональных нарушений (Гуревич, 1932; Запорожец, 1974 и др.).

К биологическим факторам, предрасполагающим к возникновению эмоционального неблагополучия у ребенка можно отнести соматическую ослабленность вследствие частых заболеваний. Она способствует возникновению различных реактивных состояний и невротических реакций преимущественно с астеническим компонентом (Гуревич, 1932; Ковалев, 1979). Ряд авторов указывают на повышенную частоту эмоциональных нарушений у детей с хроническими соматическими заболеваниями, отмечая, что нарушения эти не являются прямым результатом болезни, а связаны с трудностями социальной адаптации больного ребенка и с особенностями его самооценки (Исаев, 1996; Мамайчук, 1989; Раттер, 1987). Гораздо чаще эмоциональные нарушения встречаются у детей, в анамнезе у которых наблюдаются отягощающие биологические факторы в пери- и постнатальный периоды, но они также не являются определяющими в возникновении эмоциональных нарушений у ребенка (Гарбузов, Захаров, Исаев, 1977; Захаров, 1993; Раттер, 1987 и др.). В. В. Ковалев отмечал, что невротические реакции у детей могут быть обусловлены неправильным воспитанием на фоне церебрально-органической недостаточности (Ковалев, 1979). Резидуально-органическая недостаточность, по мнению автора, способствует формированию психической инертности, застреванию на отрицательных аффективных переживаниях, повышенной возбудимости, лабильности аффекта. Это облегчает появление болезненных реакций на психологические воздействия и способствует их фиксации (Ковалев, 1979).

К собственно психологическим причинам возникновения эмоционального неблагополучия у детей авторы относят особенности эмоционально-волевой сферы ребенка,

в частности нарушение адекватности его реагирования на воздействия извне, недостаток в развитии навыков самоконтроля поведения и др.

В исследованиях отечественных авторов достаточно подробно изучены преневротические патохарактерологические радикалы, формирующиеся в детском возрасте. В. Н. Мясищев относит к ним черты импульсивности, эгоцентризма, упрямства, сензитивности. Автор подчеркивает, что у лиц, страдающих неврозом, наблюдается преобладание субъективного и аффективного над объективным и логическим в проработке психотравмирующей ситуации. Кроме того, аффективная инертность способствует формированию вязкости болезненных переживаний (Мясищев, 1961).

Ученики В. Н. Мясищева Гарбузов с соавторами выделяет 9 типов преневротического патохарактерологического радикала: агрессивность, честолюбие; педантичность; благоразумность; тревожная синтонность; инфантильность и психомоторная нестабильность; конформность и зависимость; тревожная мнительность и замкнутость; контрастность. При этом авторы подчеркивают, что наиболее характерным типом является контрастность, т. е. противоречивость всех личностных характеристик (Гарбузов, Захаров, Исаев, 1977).

А. И. Захаров описывает семь видов преморбидных свойств личности, предрасполагающих ребенка к неврозу. Это: 1) сензитивность (эмоциональная чувствительность и ранимость); 2) непосредственность (наивность); 3) выраженность чувства «Я»; 4) инпресивность (внутренний тип переработки эмоций); 5) латентность (потенциальность – относительно более постепенное раскрытие возможностей личности); 6) противоречивость развития; 7) неравномерность психического развития (Захаров, 1982).

Достаточно подробно изучены личностные особенности детей, предрасполагающие к возникновению невротических страхов: неуверенность в себе, тревожность, несамостоятельность. (Гарбузов, Захаров, Исаев, 1977; Захаров, 1982; 1986).

Многочисленные исследования зарубежных и отечественных авторов показали акцентирующее влияние среды как фактора риска возникновения эмоционального неблагополучия в детском возрасте, особенно семьи (Бендлер, Гриндер, Сатир, 1993; Берн, 1992; Буянов, 1988; Варга, 1987; Захаров, 1982; Мамайчук, 1996; Матвейчик, 1992; Мясищев, 1961; Сермягина, 1991; Фрейд А., Фрейд З., 1995; Эйдемиллер, Юстицкий, 1992; Юнг, 1994; Ginotl, 1977 и др.).

Представители классической фрейдовской школы психоанализа, рассматривая детский невроз как неадекватно разрешаемый конфликт между бессознательным влечением Я и Сверх-Я, признают психосексуальную природу этого конфликта и ответственность родителей за возникновение эмоциональных нарушений у ребенка. А. Фрейд выделяет следующие факторы, предрасполагающие ребенка к возникновению невроза: 1) система неосознаваемых фантазий у родителей, приписывающих ребенку определенную роль; 2) пренебрежение потребностями ребенка и «втягивание» его в свою патологическую систему; 3) при наличии невроза у ребенка родители разделяют с ребенком его симптом или отрицают его, прибегая к неконструктивным способам психологической защиты (Фрейд А., 1993). Н. Е. Richter, анализируя аффективные взаимоотношения между родителями и детьми, также признает роль неосознаваемых родительских ожиданий, фантазий об идеальном ребенке в формировании невротических реакций у детей (Richter, 1972). К. Юнг рассматривал источники «нервных нарушений» у детей и подростков в семейной ситуации. Автор использует понятие примитивного бессознательного тождества, рассматривая его как

слияние ребенка с родителями, в результате чего ребенок чувствует конфликты между родителями и страдает от них, как если бы они были его собственными (Юнг, 1994).

Представители гуманистической психологии рассматривают эмоциональное неблагополучие детей в рамках отклонений в развитии личности, которые возникают при потере ребенком согласия со своими собственными чувствами и невозможностью найти смысл жизни и самореализоваться (Rogers, 1951).

С точки зрения представителей поведенческого направления эмоциональные нарушения у детей могут быть обусловлены неадекватными наказаниями или поощрениями (Раттер, 1987; Van-dura, 1969; Stuart, 1962).

В многочисленных исследованиях зарубежных и отечественных психологов подчеркивается важная роль ранних эмоциональных контактов в развитии личности ребенка. Известный английский психолог Джон Боулби, наблюдая младенцев, воспитывающихся в сиротских домах, обратил внимание на то, что в более старшем возрасте у них наблюдались различные эмоциональные проблемы, деструктивное поведение, неадекватная самооценка. Эти особенности автор связывал с отсутствием у них ранних эмоциональных контактов с матерью. В первые три месяца у малыша формируется наиболее сильная привязанность к матери. Дальнейшие исследования автора показали, что степень привязанности малышей к матерям зависела также от особенностей реагирования последних на сигналы о потребностях младенцев. Автором были выделены три группы младенцев по степени привязанности к матери: привязанные, избегающие и амбивалентные младенцы. Лонгитюдные наблюдения за детьми в течение 15 лет убедительно доказали, что наиболее адаптированными оказались дети первой группы (надежно привязанные). В социальной обстановке (в школе, в летних лагерях) они получали более высокие баллы по таким качествам, как отзывчивость и лидерство, т. е. демонстрировали здоровый паттерн развития (цит. по: Семья в психологической консультации, 1989).

Разлука с матерью, перемена места жительства, аффективная неустойчивость взрослых может негативно отразиться на эмоциональном состоянии ребенка. Важное значение имеют особенности отношений матери к нему. Американский психолог S. Brody выделила 4 типа материнского отношения:

Матери первого типа легко и органично приспосабливались к потребностям младенца. Для них было характерно поддерживающее разрешающее поведение. Они не навязывали малышу свои требования и терпеливо относились к его особенностям и потребностям. Например, они не пытались ребенка рано приучить к туалету, а терпеливо ждали, когда он сам «дозреет».

Матери второго типа сознательно старались приспособиться к потребностям ребенка, они склонны к доминированию, что нередко вносило напряженность в процессе общения с ребенком. Матери третьего типа не проявляли большого интереса к ребенку. Основу их материнства составляло чувство долга. В отношениях с ребенком у них не было естественности, теплоты. Наблюдался жесткий контроль за поведением малыша, матери часто делали им замечания.

Матери четвертого типа отличались непоследовательностью, плохо понимали потребности своего ребенка, требования были противоречивы, часто не соответствовали возрасту ребенка и его возможностям.

По мнению автора, наиболее неблагоприятным для эмоционального состояния



ребенка оказался четвертый тип материнского отношения. У детей развивалось ощущение нестабильности, повышенная тревожность, что являлось важной предпосылкой возникновения психического или физического дискомфорта. При третьем типе материнства у детей часто возникало чувство опасности, в дальнейшем нередко наблюдались апатия, депрессия, слабая поисковая активность, любознательность и инициатива.

Таким образом, эмоциональные нарушения в детском возрасте могут быть детерминированы целым рядом причин, факторов, условий. Их комбинации образуют сложную систему, что в значительной степени обуславливает трудности дифференцированного подхода к психологической коррекции.

В связи со сложностью этиопатогенеза эмоционального неблагополучия в детском возрасте представляется важным системный подход к данной проблеме с выделением «системообразующего фактора» (Анохин, 1975; Ломов, 1984). Как отмечал Б. Ф. Ломов, «причины, воздействующие на систему, могут быть сходны или даже идентичны, но следствия – различны... и наоборот... Какое следствие будет закономерно получено при воздействии данной причины, зависит от того, каков системообразующий фактор» (Ломов, 1984, с. 66).

Данные методологические установки имеют важное значение в процессе психокоррекционной работе с детьми с эмоциональными нарушениями.

## **МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей – это целесообразно организованная система психологических воздействий. Основными направлениями психологической коррекции эмоциональных нарушений являются:

- смягчение эмоционального дискомфорта у детей;
- повышение их активности и самостоятельности;
- устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, такими, как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др.;
- коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

В отечественной и зарубежной психологии используются разнообразные методы, направленные на коррекцию эмоциональных нарушений у детей. Эти методы можно условно разделить на две основные группы: групповые и индивидуальные. Однако такое деление не отражает основной цели психокоррекционных воздействий.

В мировой психологии существует два основных подхода к психологической коррекции психического развития ребенка: психодинамический и поведенческий. К психодинамическому направлению коррекции традиционно относятся психоаналитический и гуманистически-ориентированный подходы.

Представители двух школ детского психоанализа – классического, или фрейдовского и школы М. Klein (1994) – признают, что эмоциональные нарушения могут быть устранены, если дети добьются осознания их конфликта. При этом решающее значение для результата психоаналитической терапии имеет успешная аналитическая связь между психологом и

ребенком (Фрейд А., 1993; Фрейд А., Фрейд З., 1995; Юнг, 1994; и др.). Основной целью коррекции в рамках психодинамического подхода является создание условий, снимающих внешние социальные преграды на пути развертывания интрапсихического конфликта. Это успешно разрешается с помощью психоанализа, семейной психокоррекции, игры и арт-терапии. Классический психоанализ включает в себя пять базисных техник: метод свободных ассоциаций; толкование сновидений; интерпретация; анализ сопротивления; анализ переноса. Детские психоаналитики разработали специальные психокоррекционные техники: это игра, арт-терапия. Авторами подчеркивалось значение недирективной игровой психотерапии, которая решает три основные задачи: 1) способствует развитию самовыражения у ребенка; 2) корректирует эмоциональный дискомфорт; 3) формирует саморегулирующие процессы.

В основе гуманистически-ориентированного подхода лежит установление эмпатической связи психолога с ребенком, полное принятие ребенка и искренняя вера психолога в способности ребенка, в его успехи. Например, V. M. Axline описывает следующие принципы игротерапии в рамках гуманистически-ориентированного подхода: 1) установление непринужденных дружеских отношений с ребенком; 2) принятие ребенка таким, каков он есть; 3) добиваться того, чтобы ребенок открыто говорил о своих чувствах; 4) понять чувства ребенка, пытаться обратить его внимание на себя самого; 5) позволять ребенку самому регулировать динамику игрового процесса; 6) вводить лишь те ограничения, которые связаны с реальной жизнью; 7) выполнять функцию «зеркала», в котором ребенок видит самого себя (цит. по: Спиваковская, 1988). В рамках гуманистически-ориентированного подхода при работе с детьми с эмоциональными нарушениями широко используются методы «терапии на основе экспрессивных искусств»; арт-терапия, танцевальная терапия, музыкотерапия. Необходимым условием при использовании этих методов являются эмпатическая связь с ребенком и принятие всех продуктов его творчества.

Целью коррекции в рамках поведенческого подхода является приобретение ребенком новых реакций, направленных на формирование адаптивных форм поведения, или угасание, торможение имеющихся у него дезадаптивных форм поведения. Это достигается с помощью различных поведенческих тренингов, психорегулирующих тренировок. Например, систематическая десенсибилизация используется в качестве метода терапии страха и тревоги. Смысл коррекции заключается в продвижении от состояния релаксации, достигаемого с помощью прямого или косвенного внушения. В рамках данного подхода используется метод «эмотив-ных представлений», направленный на коррекцию страха у детей. Широко используются поведенческие тренинги, для выработки новых поведенческих реакций, отсутствующих в репертуаре у ребенка (Bandura, 1969).

В отечественной психологии разработаны многочисленные методы психологической коррекции детей с эмоциональными нарушениями на основе клинико-психологического и психолого-педагогического подхода. К клинико-психологическому можно отнести опыт психотерапии детских неврозов, патохарактерологических реакций, синдромов детского аутизма и др., описанный в работах В. И. Гарбузова, Д. Н. Исаева, А. И. Захарова, Б. З. Драпкина.

В рамках данного подхода широко используются поведенческие методы, например, метод условно-рефлекторной терапии, разработанный В. И. Гарбузовым с соавторами (Гарбузов, Захаров, Исаев, 1977).

Широко используются суггестивные воздействия в процессе сказкотерапии для детей с различными формами неврозов (Захаров, 1982 и др.). Индивидуальная игровая психокоррекция неврозов у детей в нашей стране применялась Т. П. Симеон еще в 30–50 годы (Симеон, 1958). А. И. Захаров разработал методику игровой психотерапии, направленную на восстановление нарушенных отношений у ребенка. При индивидуальной психотерапии автор использовал следующие этапы: беседа, спонтанная игра, направленная игра, внушение. По мнению автора, при острых невротических реакциях следует делать акцент на спонтанный компонент игры, при невротическом развитии – необходимо делать акцент на направленные методы (Захаров, 1982). Б. З. Драпкин выделяет следующие блоки психотерапии для детей с эмоциональными проблемами: неосознаваемая перестройка отношений личности посредством метода суггестивной и игровой терапии; системы эмоционального реагирования в процессе групповой игровой терапии; усиление контроля над эмоциональными проявлениями ребенка посредством поведенческой терапии (Драпкин, 1979; 1981).

В отечественной психологии широко используются также методы семейной психокоррекции (Захаров, 1982; Спиваковская, 1988; Эйдемиллер и Юстицкий, 1992).

В рамках психолого-педагогических исследований разрабатываются и используются различные методы психологической коррекции: сюжетно-ролевые игры, игры-драматизации, неструктурированные игры (игры с песком, водой, глиной и пр.), групповые подвижные игры (Карабанова, 1997; Миланич, 1998; Спиваковская, 1988 и др.).

В настоящее время разработаны разнообразные методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей, которые целесообразно разделить на две группы: основные и специальные. К основным методам ПК эмоциональных нарушений относятся те методы, которые являются базисными в психодинамическом и поведенческом направлениях. К ним относятся иг-ротерапия, арт-терапия, психоанализ, метод десенсибилизации, аутогенные тренировки, поведенческий тренинг. Специальные методы включают в себя тактические и технические приемы психокоррекции, направленные на устранение имеющегося дефекта с учетом индивидуально-психологических факторов. Эти две группы методов взаимосвязаны друг с другом.

При подборе методов психокоррекции эмоциональных нарушений необходимо учитывать следующие факторы: 1) *психологические*, включающие в себя личностные характеристики ребенка, специфику внутриличностных и межличностных конфликтов, особенности семейных отношений; 2) *педагогические* факторы – уровень развития игровой деятельности, социальной компетентности, характеристики педагогической деятельности взрослых, окружающих ребенка; 3) *клинические* факторы, отражающие особенности перинатального онтогенеза, специфику соматовегетативных и моторных дисфункций, сопутствующих эмоциональным нарушениям в дошкольном возрасте.

Важным является анализ специфической направленности конфликта, определяющего эмоциональное неблагополучие ребенка. При внутриличностном конфликте целесообразно использовать игровые методы психокоррекции, психоаналитические методы, методы семейной психокоррекции. При преобладании межличностных конфликтов используются групповая психокоррекция, направленная на оптимизацию межличностных отношений, психорегулирующие тренировки с целью развития навыков самоконтроля поведения и смягчения эмоционального напряжения. Кроме того, необходимо учитывать и степень

тяжести эмоционального неблагополучия ребенка. В практике выделяются три вида эмоциональных нарушений с учетом степени тяжести: преневротические, неврозы и неврозоподобные состояния.

А. С. Спиваковская разработала систему психокоррекционной помощи детям с преневротическими состояниями, которые автор рассматривает как фактор риска возникновения невроза и подчеркивает, что «...психическое развитие преневротика носит конфликтный, противоречивый характер, что находит свое отражение во всех сферах его психической жизни... Центральными фокусирующими сферами дисгармонии развития данной группы является сфера самосознания и самооценки и сфера переживаний ребенком своих отношений с родителями» (Спиваковская, 1988, с. 84). Автором разработаны и описаны методы групповой психокоррекции преневротических нарушений у детей, направленные на снятие проявлений дезадаптации в поведении ребенка, расширения сферы социального взаимодействия и формирования адекватного отношения к себе. Автор выделяет два основных этапа групповой работы. На первом, ориентировочном, этапе с помощью специальных спонтанных и коммуникативных игр у ребенка формируется положительный эмоциональный настрой на занятие. Это способствует отреагированию внутренних конфликтов. Коррекция неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций осуществляется на втором, реконструктивном, этапе. Эмоциональное отреагирование негативных переживаний и выработка новых способов поведения происходит с помощью сюжетно-ролевых игр и под воздействием приемов неигрового типа: принятие групповых решений, формирование самостоятельности группы, отражение, интерпретация, разъяснение, косвенное внушение, блокирование неадекватных способов поведения и др. Рассматривая психокоррекционный процесс как систему, А. С. Спиваковская выделяет в ней основные блоки: диагностический, установочный, коррекционный и оценочный (Спиваковская, 1988). Выделенные автором этапы успешно используются в практической работе психолога.

Основной целью диагностического блока является клинико-психологическое изучение индивидуальных особенностей ребенка, анализ факторов, способствующих его эмоциональному неблагополучию. Перед началом психокоррекционной работы психологу необходимо проанализировать влияние этих факторов на формирование у ребенка конфликта. Следует отметить, что при анализе причины конфликта у ребенка необходимо учитывать единство субъективных и объективных факторов возникновения и развития конфликта. Конфликт занимает центральное место в жизни ребенка, оказываясь для него неразрешимым и затягиваясь, он создает аффективное напряжение, которое в свою очередь обостряет противоречия, повышает неустойчивость и возбудимость у ребенка, углубляет и болезненно фиксирует переживания, негативно отражается на умственной работоспособности ребенка, дезорганизует его поведение.

Содержательный анализ детских конфликтов наиболее полно раскрывается в процессе игровой и продуктивной (рисование) деятельности ребенка. Целесообразно также использовать проективные психологические методики: методика КАТ, Рене-Жиля, Розенцвейга и др.

В диссертационном исследовании Ю. М. Миланич, выполненном под нашим руководством, разработан и апробирован специальный опросник, направленный на диагностику эмоционального неблагополучия ребенка дошкольного и младшего школьного

возраста. При подборе шкал опросника автор использовала отдельные фрагменты ранее созданных диагностических методик: методики Й. Шванцара (1981); Н. Huber, Н. Р. Huber, (1978); Н. J. Koch, 1981; И. К. Шац (1989). Опросник заполняется педагогами или родителями. По каждой из шкал регистрируется наиболее подходящее для данного ребенка в настоящее время описание нарушений и соответствующий балл. Дополнительно учитываются содержательные характеристики тревоги и страха. Методика позволяет получить количественные оценки по следующим факторам:

– Фактор соматовегетативных нарушений (шкалы: 3 – нарушение аппетита, 4 – потливость, 5 – недержание мочи, стула, 7 – жалобы ребенка на самочувствие).

– Факторы преневротических нарушений (шкалы: 1 – пониженное настроение, 2 – нарушение сна, 6 – вредные привычки, 8 – тревога и страхи, 11 – неуверенность в себе, 12 – чрезмерная чувствительность к оценке, 13 – заикание, 14 – тики).

– Фактор поведенческих нарушений (шкалы: 9 – нарушение двигательной активности, 10 – трудности общения со сверстниками).

Кроме того, подсчитывается общий показатель степени эмоционального неблагополучия ребенка (СЭН). Минимальное значение 0 баллов, максимальное 3 балла (для шкал с 1 по 12). Шкалы 13 и 14 оцениваются по двухбалльной шкале (от 0 до 2 баллов).

***Опросник для диагностики эмоционального неблагополучия детей (ОДЭН)***

<b>1. Пониженное настроение</b>	
1.1. Настроение пониженное, часто плачет, раздражается без всяких на то причин	3
1.2. Настроение пониженное, плачет, раздражается по любому поводу	2
1.3. Настроение пониженное, плачет, раздражается, когда есть серьезные причины	1
1.4. Настроение ровное, не раздражается, редко плачет	0
<b>2. Нарушения сна</b>	
2.1. Засыпает медленно и/или часто просыпается и двигается в постели, и/или встает неохотно всегда	3
2.2. ... часто	2
2.3. ... иногда	1
2.4. Засыпает быстро, сон продолжительный без просыпания, встает бодро и охотно	0
<b>3. Нарушения аппетита</b>	
3.1. Аппетит плохой и/или разборчив в еде всегда	3
3.2. ... часто	2
3.3. ... иногда	1
3.4. Аппетит хороший, в еде неразборчив	0
<b>4. Потливость</b>	
4.1. Общая потливость повышена днем и/или ночью	3
4.2. Ладони и/или голова потливы всегда	2
4.3. Ладони и/или голова потливы иногда	1
4.4. Ладони и голова не потливы	0

<b>5. Недержание мочи и стула</b>	
5.1. Бывает недержание мочи и/или стула ночью и днем, почти каждый день	3
5.2. ... часто	2
5.3. ... иногда	1
5.4. Не бывает недержания мочи и стула	0
<b>6. Вредные привычки</b>	
6.1. Грызет ногти и/или сосет палец и/или играет с какой-либо частью тела очень часто	3
6.2. ... часто	2
6.3. ... иногда	1
6.4. ... никогда	0
<b>7. Жалобы на самочувствие</b>	
7.1. Жалуется на боли в животе и/или в голове, и/или на тошноту, и/или на головокружение очень часто	3
7.2. ... часто	2
7.3. ... иногда	1
7.4. Не чаще, чем другие дети	0
<b>8. Тревога и страхи</b>	
8.1. Часто выраженная тревога, страхи (по содержанию) с двигательным беспокойством или заторможенностью	3
8.2. Часто тревожится, легко пугается без выраженных внешних проявлений	2
8.3. Редкая тревога, страх, проявляющиеся только при действии неприятных факторов	1
<b>8.4. Отсутствуют тревога и страхи</b>	0
Содержание тревоги и страхов:	
• темноты	
• высоты	
• шума	
• животных	
• сказочных персонажей	
• чужих людей	
• одиночества	
• болезни, смерти своей и/или родителей	
• другие	
<b>9. Нарушение двигательной активности</b>	
9.1. Суежив, излишне подвижен, плохо концентрирует внимание всегда	3
9.2. ... часто	2
9.3. ... иногда	1
9.4. Адекватно активен	0
<b>или</b>	
9.1. Вял, заторможен, плохо концентрирует внимание всегда	3
9.2. ... часто	2

9.3. ... иногда	1
9.4. Адекватно активен	0
<b>10. Трудности общения со сверстниками</b>	
10.1. Не стремится к общению и/или отходит от него из-за недостаточно доброжелательного отношения детей и/или отходит от общения, несмотря на доброжелательное отношение всегда	3
10.2. ... часто	2
10.3. ... иногда	1
10.4. ... никогда	0
<b>или</b>	
10.1. Стремится к общению, но его не хотят принимать и/или несмотря на обоюдное желание, контакты сопровождаются конфликтами всегда	3
10.2. ... часто	2
10.3. ... иногда	1
10.4. ... никогда	0
<b>11. Неуверенность в себе</b>	
11.1. Уклоняется от содержательных игр, проверки его реальных возможностей, боится неудачи всегда	3
11.2. ... часто	2
11.3. ... иногда	1
11.4. ... никогда	0
<b>12. Чрезмерная чувствительность к замечаниям и наказаниям</b>	
12.1. Все воспринимает близко к сердцу и/или проявляет словесную или физическую агрессию всегда	3
12.2. ... часто	2
12.3. ... иногда	1
12.4. ... никогда	0
<b>13. Заикается</b>	
13.1. Да	
13.2. Нет	
<b>14. Тики</b>	
14.1. Дергает рукой, плечом или часто моргает	
14.2. Нет	

Опросник был апробирован на более чем двухстах детях дошкольного и младшего школьного возраста. Полученные с его помощью данные сопоставлялись с клиническими и педагогическими наблюдениями.

Важным при оценке эмоциональных особенностей ребенка является анализ его отношений к членам семьи. С этой целью успешно используются рисуночные тесты, например, рисунок «Моя семья». Нами была разработана дифференцированная оценка эмоционального отношения к семье.

**Оценка положительного эмоционального отношения к членам семьи по рисунку «Моя семья»**

Оцениваемая характеристика	Баллы
1. Рисует фигуру первой. Если первой рисует себя, то члена семьи (мать, отца) вторым	1
2. Рисует фигуру члена семьи около себя. Фигура может быть нарисована как влево, так и вправо (балл учитывается, если расстояние между ребенком и фигурой не превышает ширины фигуры)	1
3. Фигура члена семьи имеет наибольшее количество деталей. Учитываются голова, волосы, уши, ресницы, нос, рот, шея, талия, руки, кисти, пальцы, ступни	1
4. Фигура украшена больше всех остальных	1
5. Для разукрашивания фигуры использовано наибольшее количество цветов	1
6. Стиль рисования фигуры, деталей ее одежды такой же, как в фигуре рисующего ребенка	1
7. Изображен физический контакт рисующего ребенка с фигурой, их совместная деятельность	1
8. Член семьи изображен только один	3

**Оценка отрицательного эмоционального отношения ребенка к членам семьи в рисунке «Моя семья»**

Оцениваемая характеристика	Баллы
1. Рисует фигуру члена семьи последней. Если последним рисует себя, балл не учитывается ни одному члену семьи	1
2. Рисует фигуру далеко от себя или от других (расстояние превышает ширину фигуры)	1
3. Фигуру рисующего ребенка и члена семьи разделяет объект. Балл учитывается, если объект не включен в совместную деятельность	1
4. Фигура члена семьи имеет наименьшее количество деталей	1
5. Фигура украшена меньше всех остальных	1
6. Фигура раскрашена меньше всех остальных	1
7. Лицо и тело фигуры заштрихованы	1
8. Член семьи на рисунке отсутствует	3

Для содержательного анализа конфликтов у детей целесообразно использовать детский апперационный тест, впервые предложенный L. Bellak, S. Bellak. Стимульный материал ДАТ состоит из десяти стандартных черно-белых рисунков. В качестве персонажей изображенных ситуаций выступают животные, которые в большинстве случаев выполняют человеческие действия. Методика представляется ребенку в форме игры, в которой он должен рассказать, что происходит на картине, что делают животные, что предшествовало данной ситуации и что случится позже.

Сравнительный анализ рассказов здоровых дошкольников и дошкольников с эмоциональными нарушениями по методике ДАТ позволил выявить две зоны конфликтов у дошкольников с эмоциональными нарушениями: семья и группа сверстников. Дети с



эмоциональными проблемами в рассказах значительно чаще отражают тревогу по поводу возможного наказания, страх утраты родительской любви и поддержки. В их рассказах достоверно чаще отражаются неприятные аффекты, вызванные ссорами со сверстниками, переживания одиночества в детской группе. В основе конфликта лежит блокада основных базисных потребностей ребенка: в безопасности, в родительской любви, принятии и признании сверстниками. В группе детей с эмоциональными нарушениями несмотря на давление и опеку родителей достоверно реже прослеживается потребность к самостоятельности и независимости, в отличие от здоровых сверстников. Дети с эмоциональными нарушениями достоверно чаще рассказывают историю от лица героя, который не соответствует им по возрасту, полу, силе, тем самым отражая желание быть старше, сильнее или, наоборот, быть младшим ребенком, чтобы получить больше любви.

Проиллюстрируем изложенное выше примерами фрагментов рассказов двух мальчиков: здорового и с эмоциональными нарушениями.

Сергея В., 5 лет 5 мес. Мальчик из полной семьи, имеет младшую сестру. Анамнез не отягощен. Роды в срок, крик сразу, психомоторное развитие протекало нормально. Посещает обычный детский сад. Жалоб на ребенка со стороны педагога и родителей нет. Поданным опросника ОДЭН не обнаруживает соматовегетативных, преневротических и поведенческих нарушений.

Дима К., 5 лет 5 мес. Мальчик от третьей нормально протекавшей беременности, роды первые, преждевременные, с однократным обвитием пуповины, использовался вакуум – экстрат. Крик не сразу. Диагноз при рождении «перинатальная энцефалопатия». На первом году жизни наблюдалась задержка психомоторного развития. Речевое развитие в срок. Наблюдаются расстройства сна, неврозоподобный энурез, чрезмерная потливость, вредные привычки (грызет ногти, сосет одежду). Проживает с матерью, отцом, младшей сестрой и тетей. Жалобы родителей и педагогов на повышенную возбудимость, обидчивость, капризность.

### ***Фрагменты рассказов по методике ДАТ***

*Картинка № 1. Цыплята рассажены вокруг стола, на котором большая миска с едой. Сбоку – большая курица, неясно очерченная.*

Сергея В.: «Цыплята захотели есть, мама сварила суп, они сели и стали есть. Только мама отошла, они стали баловаться, греметь ложками. Мама услышала и сказала: "В чем дело, почему балуетесь? Не получите тогда сладостей". Цыплятки: "Хорошо, хорошо, мы больше не будем", а курица: "Доедайте быстрее, пойдете гулять". "Ура", – они так закричали».

Дима К.: «Птенчики сели на стол и стали есть кашу. Все надели салфетку, а один птенчик не одел. Они ему и говорят: "Почему не одел салфетку? Мы все маме расскажем". А он им: "Ну и рассказывайте, я с вами дружить не буду, вы есть сами не умеете, вы – грязнули, а я умею, не буду одевать салфетку". И вдруг откуда ни возьмись петух, заскочил на стол и заклевал всех». Вопрос психолога: «И того, кто без салфетки?» «Нет, он с ним подружился, они стали вместе жить».

*Картинка № 4. Кенгуру, на голове капор, несет корзину, в которой бутылка с молоком, в ее сумке – малыш-кенгуренок с воздушным шаром, на велосипеде едет детеныш-кенгуру, который немного побольше первого.*

Сергея В.: «Кенгуру едут в магазин: мама, в кармашке у мамы – дочка, у мамы сынок на велосипеде. Просто скачут и молчат». Вопрос психолога: «Может быть, они о чем-то думают?» «Сынок думает, вот бы стать пожарным, загорится лес, и будет его тушить, спасать других кенгуру. А мама думает, вырастут мои детки, будут сами деньги зарабатывать, будут мне хлеб приносить. А сестренка думает, вот бы мне тоже велосипед. Приедут домой и лягут спать».

Дима К.: «Кенгуру пошла в магазин со своим ребенком. А сзади едет на велосипеде старший кенгуренок. Он кричит: "Подожди меня", а мама: "Догоняй". Маленький сидит в кармане, с шариком, ему тепло. Вдруг старший брат говорит: "Мама, возьми меня тоже в карман, а то мне холодно". А мама ему:

"Не возьму, здесь только один помещается". Заехали они в лес, и старший брат потерялся, долго они искали, плакали, а он сидел на дереве: "Ха-ха". Так и остался там жить». Вопрос психолога: «Он вернется к маме?» «Вот купит ему новый велосипед, тогда вернется».

Картинка № 10. *Щенок лежит между лапами большой собаки, обе фигуры изображены с минимальным числом внешне выраженных черт. Фигуры находятся в туалетной комнате.*

Сергея В.: «Собака сидит со своим ребенком, качает его, поет ему: "Спят усталые игрушки..." Потом он заснет, и мама его положит на кровать. А он не будет спать, у него в кровати игрушка-мишка, он с ним будет играть, а мама не узнает. Потом поиграет, поиграет, потом заснет».

Дима К.: «Здесь сидят мама с щенком. Мама хочет вытереть щенку попу. А он вырывается, вырвался и убежал. А мама за ним побежала: "Ах ты какой, ты весь грязный, дай мне попу вытереть" и шлепнула его. А щенок: "У-у-у." Вопрос психолога: «Почему он не дает маме вытереть?» «Она больно вытирает».

В отличие от здорового ребенка, Дима К. затрагивает тему соперничества с младшей сестрой, со сверстниками. Его герои испытывают недостаток любви родителей, одиночество среди сверстников, страх холода, желание иметь друга, защитника. Взаимоотношения главного героя с матерью, сверстниками, сестрой описываются Димой как конфликтные. Позиция в конфликте – пассивная, когда герой терпит обиды, боль (рассказ по картине № 10), ждет отмщения обидчикам от более сильного персонажа. Наблюдается агрессивная позиция, когда сам пытается ответить злом на зло, при этом герой доволен, успокаивается, наблюдая, как родители огорчены его пропажей и все-таки любят его.

Полученные диагностические данные позволяют психологу найти дифференцированные методы психологической коррекции. Следует подчеркнуть, что процесс диагностики и коррекции – это единый процесс. На диагностическом этапе мы осуществляем первичную диагностику, а сам диагностический процесс должен продолжаться на последующих этапах психологической коррекции.

*Установочный* блок включает в себя главную цель – это формирование положительной установки ребенка и его родителей на процесс занятия.

Основными задачами этого блока являются:

1. Снижение эмоционального напряжения у ребенка.
2. Активизация родителей на самостоятельную психологическую работу с ребенком.
3. Повышение веры родителей в возможность достижения позитивных результатов коррекции.

4. Формирование эмоционально-доверительного контакта психолога с участниками процесса (А. С. Спиваковская, 1988).

Для реализации этих задач используются разнообразные психотехнические приемы: это организации встречи родителей, дети которых успешно закончили курс психокоррекции, с начинающими; организация веселой, эмоционально насыщенной игры с детьми в начале психокоррекции с привлечением родителей и пр. Особое значение для установочного этапа психокоррекции имеет место, где проводятся занятия. Это должно быть просторное, хорошо оборудованное помещение, с мягким освещением, где ребенок должен чувствовать себя спокойно и безопасно. Игровая комната может гарантировать ребенку защиту от посторонних глаз. Поэтому не рекомендуется использовать комнаты со стеклянными дверями и множеством окон. Для групповых занятий выбирают комнату не менее 30 кв. м. Стены игровой комнаты должны быть выкрашены в светлые тона, так как они способствуют созданию яркой жизнерадостной атмосферы в группе. Желательно, чтобы были полки с игрушками в зоне досягаемости ребенка. Мебель должна быть твердой с деревянной поверхностью. Предпочтительным покрытием для пола является линолеум, но целесообразно иметь ковровые дорожки, которые стелятся на пол, если ребенок предпочитает играть на полу. Освещение комнаты должно быть мягким. Не рекомендуется использовать лампы дневного света, так как их шум может раздражать детей.

При подборе игрушек необходимо учитывать широкий спектр игровой деятельности ребенка. А. А. Осипова предлагает три группы игрушек:

1. Игрушки из реальной жизни.
2. Игрушки, помогающие ребенку отреагировать на агрессию.
3. Игрушки для творческого самовыражения и ослабления эмоций (Осипова, 2000).

Главным при организации помещения для занятий является создание комфорта, свободы и безопасности для участников психокоррекции.

*Коррекционный блок.* Основной целью данного блока занятий является гармонизация процесса развития личности ребенка с эмоциональным неблагополучием.

Конкретные задачи:

1. Преодоление внутрисемейного кризиса.
2. Изменение родительских установок и позиций.
3. Снятие проявлений дезадаптации в поведении ребенка.
4. Расширение сферы социального взаимодействия ребенка.
5. Формирование у ребенка адекватного отношения к себе и к другим участникам занятий.

Внутри этого блока выделяются два основных этапа (А. С. Спиваковская, 1988).

1 этап – ориентировочный (2–3 занятия), где ребенку предоставляется возможность спонтанной игры. Психолог на данном этапе наблюдает за детьми. На этом этапе занятий у ребенка формируется положительный эмоциональный настрой на занятия, что является чрезвычайно важным для отреагирования внутренних конфликтов. Кроме того, на данном этапе продолжается диагностика форм поведения и особенностей общения детей с целью окончательного формирования группы.

Психотехнические приемы на данном этапе коррекции состоят из различных невербальных коммуникаций, коммуникативных игр.

2 этап – реконструктивный, основной целью которого является коррекция неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций. Психотехническими приемами на

данном этапе являются сюжетно-ролевые игры, разыгрывание детьми проблемных жизненных ситуаций. Эти игры способствуют эмоциональному отреагированию и вытеснению негативных переживаний. Ребенок обучается самостоятельно находить нужные способы поведения и формы эмоционального реагирования.

При оценке эффективности психологической коррекции (оценочный блок) анализируются отчеты родителей о поведении детей в начале занятий. Оцениваются также поведенческие и эмоциональные реакции ребенка с помощью метода наблюдения, анализа продуктов деятельности ребенка до занятий и после. Для оценки эмоциональных состояний ребенка до и после занятий целесообразно использовать цветовой тест Люшера, методику цветописи, разработанную Лутошкиным, рисуночные тесты. Для оценки значимых межличностных отношений целесообразно использовать цветовой тест отношений (ЦТО), адаптированный Эркиным.

Для детей и подростков с эмоциональными нарушениями нами предложены следующие фазы групповой психокоррекции: установочная, подготовительная, реконструктивная, закрепляющая.

При комплектовании группы детей с эмоциональными нарушениями необходимо учитывать их возраст, степень тяжести эмоциональных нарушений, направленность конфликта и индивидуально-психологические особенности.

Желательно, чтобы возраст детей – участников группы был одинаковым, допустима небольшая разница плюс, минус один год. Необходимо, чтобы в группе были разнополые дети. Число участников группы не должно превышать 7–8 человек (малые группы). Опыт нашей работы показал, что группа обязательно должна быть закрытой, т. е. с постоянным составом ее членов. Не рекомендуется включать в группу детей с тяжелыми формами эмоциональных нарушений, например с ранним детским аутизмом. Желательно, чтобы в группе были дети с различной направленностью конфликта. Перед началом групповых занятий необходимо предварительно побеседовать с каждым родителем, разъяснить им необходимость и значение занятий, раскрыть им основные принципы работы группы:

- придерживаться строгого распорядка групповых занятий (систематическое посещение занятий, в случае пропусков – предупреждать психолога);
- исключить опоздания;
- не обсуждать с ребенком, что происходило в группе, не расспрашивать, какие были занятия, как ребенок их выполнял;
- все проблемы и претензии можно обсуждать только с психологом.

Очень важным является создание у родителей адекватной установки на психологическую коррекцию. Объяснить родителям, что это не школьные занятия, они не должны оцениваться, все дети принимают активное участие в них, имеют равные права и обязанности.

Важным является оценка Групповой динамики, которая рассматривается как совокупность групповых действий и интеракций, возникающих в результате взаимоотношений и взаимодействий членов группы, их деятельности и влияния членов группы друг на друга, и представляет развитие или движение группы во времени (Осипова, 2000). Психолог в процессе занятий анализирует систему отношений детей, их установки, особенности эмоциональных и поведенческих реакций. Психолог анализирует также социально-психологические характеристики группы: сплоченность группы, лидерство, групповое напряжение, групповые роли.

**Фазы групповой психокоррекции**

Фазы	Задачи	Психокоррекционные приемы
1. Установочная	<i>Образование группы как целого</i> Формирование положительного настроения на занятия Диагностика поведения и особенностей	<i>Спонтанные игры</i> Игры на невербальные коммуникации Коммуникативные игры
2. Подготовительная	<i>Структурирование группы</i> Формирование активности и самостоятельности Формирование эмоциональной поддержки членов группы	<i>Сюжетно-ролевые игры</i> Игры-драматизации для снятия эмоционального напряжения
3. Реконструктивная	<i>Коррекция неадекватных эмоциональных реакций</i> Эмоциональное реагирование и вытеснение негативных переживаний Обучение ребенка самостоятельному нахождению нужных форм эмоционального реагирования	<i>Разыгрывание детьми конкретных жизненных проблемных ситуаций</i>
4. Закрепляющая	<i>Закрепление у ребенка адекватного эмоционального реагирования на конфликт</i> Формирование адекватных отношений к себе и окружающим	<i>Специальные сюжетно-ролевые игры, предложенные детьми</i>

На основе выделенных структуры и этапов групповой динамики нами были разработаны планы-схемы психокоррекционных занятий для детей с эмоциональными нарушениями и систематизированы в таблицу 12.

Таблица 12

Номер занятия и основная цель	Психотехнические приемы	Радикалы для психологического наблюдения	Критерии эффективности занятий
1	2	3	4
<b>Занятие 1</b> Цель: знакомство детей друг с другом; формирование позитивного настроения на занятия	<b>1. Игра в мяч.</b> Дети встают в круг и поочередно бросают мяч друг другу. При этом называют свое имя. Через некоторое время предлагается кинуть мяч тому, с кем хочешь поиграть, поговорить. <b>2. Игра в «Жмурки».</b> Группа детей из 2–3 человек с завязанными или закрытыми глазами догоняет и ловит остальных детей. Затем дети на ощупь узнают, кого поймали	Оценка отношения ребенка к занятию. Коммуникативные навыки. Спонтанность поведения Эмоциональные реакции на препятствия. Предпочтения в выборе партнера. Специфические реакции (уходит от игры, активное стремление быть лидером, отношение к неудачам)	Спонтанное, естественное поведение ребенка; проявление активности на этапе занятий. Положительный эмоциональный фон в процессе занятий

1	2	3	4
	<p><b>Игра 3. Поочередное проникновение в круг.</b> Группа детей образует круг, взявшись за руки. Один из желающих пытается проникнуть в круг, но группа его не пускает</p>		
<p><b>Занятие 2</b> Цель: сплочение группы, снятие напряженности, скованности</p>	<p><b>Ход занятия:</b> Приветствия. Разминка. Дети вспоминают имена друг друга в процессе игры с мячом. <b>Игра «Кто громче крикнет».</b> Детям предлагается издавать громкие звуки. Но крик должен постепенно превратиться в общую мелодию (хор). <b>Игра «Рисование коллективного рисунка».</b> Психолог предлагает детям подойти к доске, на которой прикреплен большой ватман, и фломастерами нарисовать то, что каждый желает, но нарисовать так, чтобы получился общий рисунок. После выполнения задания рисунок коллективно просматривается и обсуждается</p>	<p>1. Анализ включенности ребенка в процесс занятий. 2. Обратит внимание на естественность поведения. 3. В процессе выполнения коллективных занятий проследить, какая позиция у каждого участника коррекции: не подчиняется групповому влиянию; быстро подчиняется; стремится к лидерским позициям</p>	<p>Проявляет выраженный интерес к занятию; охотно включается в процесс занятий. Положительный эмоциональный фон. В процессе беседы с родителями выяснить, как ребенок отзывался о занятии</p>
<p><b>Занятие 3</b> Формирование эмоциональной поддержки членов группы созданием условий для выбора и принятия коллективных решений. Формирование инициативы</p>	<p>Приветствия. <b>Игра по выбору детей.</b> Психолог предлагает детям выбрать игру из тех, которые были на прошлых занятиях и принять коллективное решение. <b>Игра «Испорченный телефон».</b> Психолог выбирает ведущего, который называет первое слово и «запускает испорченный телефон». <b>Игра «Реши задачу».</b> Ведущий предлагает детям задачи из матриц Равена, тестов Айзенка. Дети коллективно находят правильный ответ. Дети сами придумывают задачу и предлагают ее группе</p>	<p>Обратить внимание на сплоченность группы при решении коллективных задач. Оценить уровень самостоятельности и активности каждого ребенка. Обратит внимание на лидерские позиции членов группы. Эмоционально поддерживать детей, имеющих проблемы группового взаимодействия</p>	<p>Активность и самостоятельность детей в процессе занятий. Проявление инициативы</p>

1	2	3	4
<p><b>Занятие 4</b> Цель: формирование навыков самоконтроля в процессе группового взаимодействия</p>	<p>Приветствия. <b>Игра «Ручеек».</b> Дети становятся в пары, один проходит и выбирает себе пару. <b>Игра «Моргалки».</b> Дети разбиваются на пары. Инструкция: пристально смотреть друг на друга как можно дольше, не моргая. Победитель выбирает, с кем он продолжит игру. <b>Игра «Зеркало».</b> Ведущий изображает кого-то из животных. Члены группы угадывают. Ведущие поочередно меняются. <b>Игра «Все наоборот».</b> Психолог предлагает разделить детям на пары. Каждой паре вручает карточки, где символически изображены движения. Например, руки вверх, вправо, влево. Играющие как можно быстрее должны выполнить эти движения, но наоборот. Ведущий оценивает число ошибок. Затем дети меняются ролями</p>	<p>Обратить внимание на симпатии детей друг к другу (выбор пары). На способность детей конструктивно общаться. На развитие навыков самоконтроля</p>	<p>Интерес детей к занятию. Желания группового взаимодействия. Адекватная оценка своих успехов</p>
<p><b>Занятие 5</b> Развитие воображения. Закрепление спонтанности поведения. Снятие напряжения</p>	<p>Ход занятия: приветствие. <b>Игра «Изображение животных».</b> Психолог предлагает детям выбрать ведущего. Ведущий выбирает одного из членов группы, предварительно договаривается с ним о том, какое животное он будет изображать. Те дети, которые угадали, выступают в роли Ведущего и выбирают участника. <b>Игра 2. Изображение неодушевленных предметов.</b> Игра проводится в той же последовательности, как и предыдущая. <b>Игра 3. Коллективное изображение животных.</b> Участвуют 2-3 детей, остальные должны угадать, кто изображен. Дети сами выбирают, с кем они хотели бы работать в паре</p>	<p>Обратить внимание на способность ребенка «вжиться в предложенную роль». На особенность эмоционального реагирования ребенка при выполнении задания. На предпочтения детей при выборе пары. На особенности поведения детей (естественность, непринужденность общения). На способы группового взаимодействия</p>	<p>Активное участие ребенка при выполнении заданий. Положительный эмоциональный фон. Проявление инициативы</p>

1	2	3	4
<p><b>Занятие 6</b> Цель: переработка и отреагирование негативных эмоций</p>	<p>Ход занятия: приветствия, разминка: дети сами предлагают, какие игры использовать. «Ручеек», «Круг» и др. <b>Игра «Страшные сказки».</b> Дети рассаживаются вокруг рассказчика, который рассказывает «страшную сказку» или «страшную историю» <b>Игра «Коллективная страшная сказка».</b> Детям предлагается сочинить коллективную страшную сказку и обыграть ее. Ход игры. Психолог называет первые слова, например, «однажды...», ребенок продолжает, затем продолжает другой ребенок и т. д. <b>Игра «Рисование страхов».</b> Психолог предлагает детям нарисовать свои страхи в специальном альбоме. Затем каждый рисунок обсуждается</p>	<p>Содержательный анализ страхов у детей. Проследить и проанализировать реакции детей на конфликт. Проанализировать особенности отреагирования негативных переживаний, эмоциональную палитру чувств ребенка</p>	<p>Активное включение ребенка в роль. Проявление позитивных эмоций. Благоприятный эмоциональный фон</p>
<p><b>Занятие 7</b> Цель: переработка, отреагирование страхов</p>	<p>Ход занятия: приветствие, разминка (упражнение, прыжки, ходьба парами с закрытыми глазами и пр.). Сюжетно-ролевые игры: Игра «Волк и семеро козлят». Игра «Мальчик и разбойник». Игра «Я пройду в темноте один». Игра «Мой страшный день в жизни». Дети в группе поочередно обыгрывают «страшные ситуации»</p>	<p>Обратить особое внимание на эмоциональные и поведенческие реакции ребенка в процессе игры: закрывается, уходит от игры. Аффективные реакции (плачет, неадекватный смех, повышенная возбудимость). Поведенческие реакции: отказ, уход, протест в форме неадекватных реакций, аутоагрессивные тенденции</p>	<p>Отсутствие негативных аффективных и поведенческих реакций. Проявление активности, самостоятельности. Спонтанное, свободное поведение</p>



1	2	3	4
<p><b>Занятие 8</b></p> <p>Цель: формирование у ребенка адекватного отношения к себе</p>	<p><b>Игра «Наши чувства».</b> Детям предлагается выбрать чувства, которые они хотят сыграть: веселый, грустный, разочарованный, обиженный, расстроенный и пр.</p> <p><b>Игры на релаксацию «Как мы дышим».</b></p> <p><b>Игра «Я скульптор».</b> Члены группы делятся на пары. Скульптор придает напарнику позы животных, предметов. После этого спрашивает напарника, кого он изображает. Затем дети меняются ролями.</p> <p><b>Игра «Нарисуй себя в будущем, а группа угадает, кем ты хочешь быть».</b></p> <p><b>Игра «Нарисуй себя и свою группу»</b></p>	<p>Проанализировать реакции ребенка. Его отношение к членам группы. Оценить его воображение, способность к саморасслаблению, его восприятие и оценку членов группы</p>	<p>Успешное выполнение заданий указывает на эффективность психокоррекционного процесса</p>
<p><b>Занятие 9</b></p> <p>Цель: проигрывание ситуаций последних занятий. Создание условий для адекватного восприятия ситуации расставания</p>	<p>Ход занятий: разминка (выбор игры по желанию детей).</p> <p><b>Игра «Пожелания друг другу».</b> Дети выстраиваются в круг, кидают мяч друг другу и одновременно высказывают пожелания, приглашения в гости, на совместную прогулку и пр. Совместное чаепитие детей с родителями</p>	<p>Оценить эмоциональное состояние детей. Проанализировать особенности формирования навыков, умений детей на этапах занятий. Спланировать дальнейшие формы психологической помощи для каждого ребенка (консультирование, психологическая поддержка и пр.)</p>	<p>Позитивный эмоциональный фон у детей. Улучшение межличностных контактов. Уверенность, адекватная самооценка. Отсутствие или снижение негативных эмоциональных реакций (страх, тревога, фрустрация и пр.)</p>

Следует подчеркнуть, что представленная схема занятий является своеобразным каркасом, по которому психолог может успешно проводить собственные «отделочные работы», но с учетом основных целей занятий. Содержательная характеристика занятий может быть использована психологом, но количество занятий зависит от структуры группы, динамики группового взаимодействия.

В процессе групповых психокоррекционных занятий для детей с преневротическими нарушениями рекомендуется использовать разработанные нами психорегулирующие

тренировки (Мамайчук И. И., 1987). Основной целью этих занятий является:

- смягчение эмоционального дискомфорта у ребенка;
- обучение его приемам релаксации;
- развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения. Занятия проводятся поэтапно с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка,

через день с небольшой (до 5 человек) группой детей.

1 этап – *успокаивающий*, в процессе которого используется вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Затем предлагаются детям зрительно-музыкальные стимулы, направленные на снятие тревожности и создание позитивных установок на последующие занятия.

2 этап – *обучающий*, целью которого является обучение детей релаксирующим упражнениям. Используются упражнения на вызывание тепла, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений (см. главу 8).

3 этап – *восстанавливающий*. На фоне релаксации дети выполняют специальные упражнения, направленные на коррекцию настроения, развитие коммуникативных навыков, перцептивных процессов и пр.

Опыт нашей работы показал, что психорегулирующая тренировка (ПРТ) способствует повышению устойчивости детей к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения.

Например, Вера К., 10 лет, учится в 5-м классе массовой школы. Жалобы матери на повышенную раздражительность, эффе́ктивность: часто плачет, отказывается идти в школу, так как пришла новая учительница, и девочка не может найти с ней контакт. 3 месяца назад умерла бабушка, к которой Вера была очень привязана. Отмечается ухудшение аппетита, неустойчивый сон, аффективная лабильность. Девочка обследовалась врачами невропатологом и педиатром. По заключению специалистов у девочки ситуационные невротические реакции.

Психологическое обследование: В контакт вступает легко, адекватно отвечает на вопросы. Уровень интеллектуального развития соответствует возрастной норме. Наблюдается незначительное снижение динамики психических процессов. Структура личности в целом гармоничная. Выявлена высокая степень тревожности, повышенная фрустрированность. В ситуации фрустрации склонна к самообвинительным реакциям и к застреванию на источнике конфликта. Показатель адаптации (CGR) несколько ниже нормативных данных. Мать подчеркивает, что девочка до смерти бабушки была активным, спокойным ребенком, однако отмечала ее повышенную чувствительность.

У девочки эмоциональная неустойчивость, обусловленная стрессовой ситуацией (смерть бабушки, приход в школу новой учительницы). Девочке были рекомендованы психорегулирующие тренировки в форме групповых занятий.

Девочка активно включилась в занятия. Уже на первых этапах наблюдалась позитивная динамика. Мать отмечала, что у дочки улучшился аппетит, нормализовался сон. Систематические занятия ПРТ способствовали стабилизации эмоциональных процессов.

Опыт нашей работы показал, что занятия ПРТ помогают ребенку управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева. Особенно целесообразно использовать ПРТ с детьми, у которых эмоциональные проблемы проявляются в основном в сфере межличностных конфликтов.

Кроме ПРТ, с целью коррекции эмоционального напряжения целесообразно использовать психомышечные тренировки (А. В. Алексеев, 1985).

Данный метод включает в себя 4 основные задачи:

1. Научить ребенка расслаблять мышцы тела и лица методом прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону.
2. Научить с предельной силой воображения, но без напряжения представлять содержание формул самовнушения.
3. Научить удерживать внимание на мысленных объектах.
4. Научить воздействовать на себя необходимыми словесными формулами.

Психомышечные тренировки подходят для работы с детьми от 10 лет и старше.

При выполнении психорегулирующих и психомышечных тренировок необходимо учитывать возрастные, индивидуально-психологические и клинические характеристики ребенка. Не рекомендуется проводить занятия с детьми младше 5 лет, а также брать на занятие детей с эписиндромом, с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с эндокринными заболеваниями и легочной недостаточностью.

Следует неукоснительно придерживаться следующих методических требований:

1. Выполнение упражнений ребенком.
2. Самонаблюдение и фиксация возникших во время упражнений ощущений.
3. Самостоятельное повторение ребенком упражнений в течение дня.

В детской и подростковой клинике широко используется психогимнастика, предложенная чешским психологом Г. Юновой и модифицированная М. И. Чистяковой.

Психогимнастика – это метод, при котором участники психокоррекции проявляют себя и общаются без помощи слов (Осипова, 2000). Термин психогимнастика можно рассматривать как в широком, так и в узком значении. В широком – это курс специальных психокоррекционных занятий, направленный на формирование и коррекцию различных сторон психики ребенка: познавательных, эмоционально-волевых, эмоционально-личностных.

В узком значении – это специальные психокоррекционные техники, в основе которых лежит использование двигательной экспрессии в качестве главного способа коммуникации в группе. Являясь невербальным методом психологической коррекции, психогимнастика предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, эмоциональных проблем с помощью движений, мимики, пантомимики, танца, игры.

Юнова, работая с детьми, считает целесообразным включение в занятия по психогимнастике ритмику, пантомиму, коллективные танцы и игры. Занятия состоят из трех фаз:

- 1 фаза – снятие напряжения с помощью различных вариантов бега, ходьбы, имеющих социально-психологическое значение (кого выбрать в напарника и т. д.).
- 2 фаза – пантомима (например, изображение страха, растерянности, удивления и пр.).
- 3 фаза – заключительная, основной целью которой является закрепление чувства принадлежности к группе (используются различные коллективные игры и танцы).

М. И. Чистякова выделила 4 фазы занятий:

1. Мимические и пантомимические этюды. Основной целью этих занятий является изображение отдельных эмоциональных состояний, связанных с переживаниями телесного и психического комфорта и дискомфорта. Дети знакомятся с элементами выразительных движений: мимикой, жестом, позой, походкой.

2. Этюды и игры, направленные на выражение отдельных свойств личности и эмоций, целью которых является моделирование поведения персонажей с теми или иными чертами характера, закрепление и расширение уже полученных детьми сведений о социальной компетентности. Привлечение внимания детей ко всем компонентам выразительных движений одновременно.

3. Этюды и игры, имеющие терапевтическую направленность на определенного ребенка и на группу в целом. Цель – коррекция настроения, отдельных черт характера ребенка, тренинг моделирования стандартных ситуаций.

4. Фаза психомышечной тренировки, основной целью которой является снятие эмоционального напряжения, внушение желательного настроения и поведения.

Между первой и второй фазами делается перерыв на несколько минут, во время которого дети предоставлены сами себе. Между третьей и четвертой фазами предлагается включать этюды на развитие внимания, памяти, сопротивление автоматизму или подвижную игру. В каждое занятие включены этюды, которые, по мнению автора, должны быть коротки, доступны детям по содержанию.

В нашей практике психогимнастика использовалась для детей с преневротическими нарушениями, элементы психогимнастики использовались на начальных этапах групповой психокоррекции.

Мы выделяем три основных этапа психогимнастики: обучающий, собственно коррекционный и закрепляющий.

Основные задачи обучающего этапа:

- обучение детей специальным упражнениям для снятия напряжения;
- обучение способности выражать свои чувства, эмоциональные состояния невербальными методами и понимать невербальное поведение окружающих.

Используются следующие психотехнические приемы:

*Передача движений по кругу.* Дети образуют круг. Один из членов группы (ведущий) выполняет отдельные движения, например, поочередно поднимает правую и левую руку. Остальные дети выполняют это задание. Психолог предлагает увеличить темп выполнения задания.

*Передача ритма по кругу.* Дети образуют круг. Ведущий хлопает в ладоши в определенном ритме. Все члены группы поочередно по кругу повторяют, хлопая в ладоши, заданный ритм.

Игра «Зеркало». Дети разбиваются на пары и повторяют движения друг друга.

Игра «Моргалки». Дети разбиваются на пары и пристально смотрят друг на друга. Задание – как можно дольше, не моргая, смотреть в глаза друг другу.

Игра «Письмо цифр в воздухе». Играющие разделяются на пары. Один из детей пишет цифры «в воздухе», второй участник на пальцах показывает прочитанную цифру. Игра способствует развитию внимания у детей, а также вызывает положительные эмоции.

Использование *пантомим* способствует снятию эмоционального напряжения у детей в группе. Детям предлагаются следующие этюды: «Я иду по очень горячим камням». Ребенку предлагается вообразить себе, что он движется по раскаленным камням. «Я несу тяжелую сумку, набитую камнями», «Я иду по тоненькому мостику через овраг» и пр. Затем используются пантомимы, связанные с жизненными ситуациями ребенка. Например: «Иду в школу», «Иду в гости к бабушке», «Иду на встречу с другом или подругой».

Для решения второй задачи обучающего этапа (формирование способности ребенка

выражать свои чувства, эмоциональные состояния невербальными методами и понимать невербальное поведение окружающих) мы использовали следующие техники:

Игра «Угадай мое чувство». Ребенку предлагается выразить чувство удивления, радости, обиды, сочувствия и пр. Дети показывают на заранее заготовленных карточках, какое чувство изображает играющий.

*Упражнение на понимание невербального поведения участников группы.* Игра «Я пришел со школы, у меня хорошее настроение, я сел обедать». Играющий изображает данный этюд. Остальные члены группы внимательно смотрят на играющего и отвечают на поставленные психологом вопросы:

Что делает играющий?

Какое у него настроение?

Откуда он пришел?

Содержание этюдов может быть предложено не только психологом, но и играющими.

Игра «Я за стеклом и меня не слышно, я хочу сообщить что-то собеседнику».

Ход игры. Играющий предварительно на бумаге записывает содержание своей беседы. Например, «Я на вокзале, опаздываю на поезд, но у меня нет билета, билет у моего собеседника, который за стеклом и меня не слышит, а мне надо ему сообщить».

Эти упражнения направлены на установление эмоционального контакта с членами группы, на развитие сотрудничества и взаимопонимания.

*Собственно-коррекционный этап* включает в себя следующие задачи:

– коррекция негативных эмоциональных переживаний у ребенка;

– коррекция имеющихся межличностных конфликтов в семье и в коллективе;

– формирование у ребенка активности, самостоятельности, уверенности в процессе межличностного общения.

Решение этих задач достигается с помощью следующих психотехнических приемов:

Игра «Я заблудился в лесу».

Дети по очереди изображают, как они выходят из темного леса, где много препятствий: овраги, болото и пр. Можно использовать мебель (стулья, скамейки и пр.).

Игра «Меня обидели».

Ребенок с помощью пантомимы изображает свое поведение в данной ситуации.

Игра «Я обманул друга, и из-за меня у него неприятности» и пр.

Содержание игр зависит от проблем, которые наблюдаются у членов группы.

*На закрепляющем этапе* мы использовали коллективные пантомимы. Дети самостоятельно разрабатывали сценарии и представляли их другим членам группы. После просмотра проводилось коллективное обсуждение. Все это способствовало закреплению у ребенка чувства принадлежности к группе, формированию доверия и уверенности в своих возможностях.

Занятия психогимнастикой предъявляют повышенные требования к их организации.

1. Состав группы должен быть разнородным. В группу могут входить дети с различной направленностью конфликта, с различными клинико-психологическими проблемами.

2. Численность группы для детей дошкольного возраста не более 5 человек, для детей младшего школьного возраста 7–8 человек, для средних и старших школьников не более 12 человек.

3. В группу обязательно необходимо включить 1–2 ребенка, легко включающихся в этюды, с артистическими наклонностями.

4. Нежелательно включать в группу детей с выраженными тиками, логоневрозом, с нарушением слуха, зрения и движений.

Психогимнастику можно использовать не только в коррекционных, но и в профилактических целях с детьми с эмоциональными нарушениями.

### **ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Индивидуальную психологическую коррекцию целесообразно использовать для детей с более глубокими эмоциональными нарушениями, а именно неврозами и неврозоподобными состояниями. Особое место в клинике эмоциональных нарушений занимают неврозы детского возраста. В большинстве работ отечественных и зарубежных психологов неврозы рассматриваются как болезни личности, как особая форма личностного развития. В. Н. Мясищев писал: «Невроз представляет собой болезнь личности еще и потому, что нигде, как в неврозе, с такой полнотой и выпуклостью не раскрывается перед исследователем личность человека, нигде так убедительно не выступает болезнетворная и благотворная роль человеческих отношений, нигде так ясно не выступают уродующая и целительная сила воздействия, не сказывается с такой отчетливостью роль созданных людьми обстоятельств» (Мясищев, 1995, с. 204). В развитии невроза взаимодействуют биологические, психологические и социальные факторы. Наиболее распространенным этиологическим фактором детских неврозов является психическая травма. Психическая травма (ПТ) – это внешние раздражители, оказывающие патогенное, болезненное воздействие на индивида. ПТ может быть двух видов – ситуационная и пролонгированная. К ситуационным ПТ относится неожиданный испуг ребенка, острый межличностный конфликт в семье ребенка или в школе. Исследования психологов показывают, что наибольшее патогенное влияние на личность ребенка оказывают не острые психические травмы, а пролонгированные (хронические).

Психотравмирующие ситуации в детском возрасте могут непосредственно проявляться в семье ребенка, в отношениях между родителями и ребенком. Нередко психотравмирующие ситуации проявляются в школе или в другом детском коллективе. Длительное воздействие внешних раздражителей (психотравмирующих ситуаций) может привести к внутриличностному конфликту. Однако следует подчеркнуть, что патогенное влияние оказывают не столько сами внешние раздражители, сколько их личностная значимость для ребенка и подростка.

Вторым этиологическим фактором детских неврозов являются преневротические патохарактерологические особенности ребенка. А. И. Захаров и А. С. Спиваковская выделяют тревожность и беспокойство ребенка как факторы, предрасполагающие к неврозу. В раннем возрасте тревожность и беспокойство проявляются в повышенной раздражительности, плаксивости, капризности ребенка. А. И. Захаров описал преморбидные черты личности ребенка-невротика: это сензитивность (эмоциональная чувствительность), наивность, эгоцентризм, импрессивность, противоречивость, неравномерность психического развития, латентность реакций. В. И. Гарбузов выделил контрастность как наиболее

значимую преморбидную черту личности, предрасполагающую ребенка к неврозу. Это проявляется в противоречивости всех личностных характеристик.

Третьим этиологическим фактором, предрасполагающим ребенка к неврозу, является дисгармония семейных отношений. По данным отечественных и зарубежных авторов дисгармония семейных отношений является основным патогенетическим фактором эмоционального неблагополучия ребенка. Она проявляется в конфликтных отношениях между супругами или родителями, в нестабильности семьи.

Четвертым фактором, предрасполагающим к неврозу, являются неадекватные родительские установки и дисгармоничный стиль семейного воспитания

Главным, стержневым признаком невроза является наличие внутриличностного конфликта у ребенка. В работах зарубежных и отечественных авторов анализируются конфликты, лежащие в основе невротических нарушений у детей. А. Фрейд, следуя традициям классического психоанализа, выделяет три типа детских конфликтов, лежащих в основе невроза:

1. Внешние конфликты – разыгрываются между личностью ребенка и объективным миром и возникают при ограничении и запрещении побуждений ребенка окружающими. С этим конфликтом сопряжены страхи перед окружающим миром (страх утраты любви, страх критики, страх кастрации и пр.).

2. Глубоко осознанные конфликты – появляются у ребенка, когда возникают противоречия между инстинктивными желаниями и требованиями Сверх-Я. Этим конфликтам сопутствует чувство вины.

3. Внутренние конфликты – их создает ОНО, содержащее инстинкты и аффекты противоположного рода, например, любовь и ненависть, активность-пассивность и пр., воспринимаемые Я как угроза и проявляющиеся у ребенка в многочисленных страхах.

По мнению автора, к неврозам предрасположены дети, которые не способны преодолеть имеющиеся конфликты. Такие дети преодолевают отказы в удовлетворении их инстинктивных побуждений с помощью методов защиты (отрицание, проекция, регрессия, реактивное образование) или через многообразные аффективные реакции (Фрейд А., 1993).

В отличие от З. и А. Фрейд, Юнг считал, что симптомы нарушения у ребенка являются показателем не его собственного конфликта, а конфликта членов его семьи. Он писал: «Ребенок страдает не от того, что испытывает бессознательные, инцестуозные фантазии, а потому, что их имеет его отец» (Юнг, 1994, с. 141).

Важным звеном в системе помощи ребенку с неврозами является психологическая коррекция. Значительный вклад в практику психологической коррекции детей с эмоциональными нарушениями внесли представители психоаналитической школы внедрением метода игровой терапии. Игра является наиболее естественной формой жизнедеятельности ребенка. В процессе игры происходит активное взаимодействие ребенка с окружающим миром, развиваются его интеллектуальные, эмоционально-волевые, нравственные качества, формируется его личность в целом. Существенным психологическим признаком игры является одновременное переживание человеком условности и реальности создавшейся ситуации. В условных обстоятельствах, создаваемых определенными правилами, игра дает человеку возможность переживать удачи, успех, раскрыть свои физические и психические возможности. Эти свойства игры имеют важное психокоррекционное значение, т. е. составляют ее психотерапевтический психокоррекционный потенциал.

Игра как метод психотерапии и психокоррекции стала применяться в начале двадцатого века. Одним из родоначальников игровых методов в лечении больных являлся Могено, который разработал метод психодрамы, направленный на коррекцию взаимоотношений больных. В 1922 году Могено впервые организовал в Вене лечебный «театр экспромта», в котором вместе с больными на сцене выступали актеры-профессионалы. Основой лечебного эффекта психодрамы Могено является катарсис, душевное очищение и облегчение.

В середине двадцатых годов Anna Freud и Melanie Klein впервые обратились к использованию игры как метода психотерапии детей.

Авторами были предложены две формы игровой терапии: направленная и ненаправленная. Направленная (директивная) игротерапия предполагает активное участие психолога в игре ребенка, где он направляет и интерпретирует деятельность ребенка. Ненаправленная (недирективная) игротерапия проходит в форме свободной игры ребенка, что способствует большему самовыражению, достижению эмоциональной устойчивости и саморегуляции. Зарубежные исследователи разработали огромное количество методов недирективной игротерапии. Например, широко используются игры с песком и водой с целью коррекции эмоционального дискомфорта ребенка (Chan, 1980). M. Lowenfeld предложила методику «миросозидания» (Well-Technik). В распоряжение ребенка предоставляется набор различных предметов – фигурки людей, животных, части зданий, домики, автомашины, деревья, бесформенный материал – плоский и открытый ящик, наполненный песком. Из этого материала ребенок строит свой мир. «Миры» создаются ребенком в соответствии с его возрастом, индивидуальными особенностями. Психолог обсуждает с ним процесс и продукт его творчества. В процессе игры дети обнаруживают свое эмоциональное отношение к людям, предметам. Эта игра представляет собой определенную диагностическую ценность, кроме того, в процессе игры ребенок перерабатывает свои душевные конфликты.

Недирективная игровая коррекция одновременно решает три основные задачи:

1. Способствует развитию самовыражения ребенка.
2. Корректирует имеющийся у ребенка эмоциональный дискомфорт.
3. Формирует саморегулирующие процессы.

В качестве основного механизма коррекционного воздействия в процессе недирективной игры выступает установление эмпатической связи психолога с ребенком. Психолог эмоционально сопереживает с ребенком. V. M. Axline подчеркивает, что недирективная игротерапия дает возможность ребенку «...отреагировать скопившееся напряжение, незащищенность, агрессию, страх». Автор формулирует следующие принципы недирективной игротерапии: 1) установить непринужденные дружеские отношения с ребенком; 2) принимать ребенка таким, какой он есть; 3) добиваться того, чтобы ребенок как можно более открыто говорил о своих чувствах; понять чувства ребенка, пытаюсь обратить его внимание на самого себя; 4) позволить ребенку самому регулировать динамику игрового процесса; 5) вводить лишь те ограничения, которые связаны с реальной жизнью; 6) выполнять функцию «зеркала», в котором ребенок видит самого себя (цит. по: Спиваковская, 1988).

В направленной (директивной) игровой психокоррекции психолог является центральным звеном в игре, его функции заключаются в организации игры, в анализе ее



символического значения. Различаются два вида директивной игровой коррекции: сюжетно-ролевые игры и психодрамы.

Сюжетно-ролевые игры направлены на коррекцию самооценки ребенка, на формирование у него позитивных отношений со сверстниками и взрослыми. Перед началом игровой коррекции необходимо разработать сюжет игры, выбрать игровой материал, сформировать группу детей и спланировать игровые ситуации. В процессе игры психолог фиксирует эмоциональные проявления ребенка. Перед началом игры необходимо разработать специальные сюжеты, в которых перед ребенком возникали различные конфликтные ситуации, близкие ему по значению. Рекомендуется детям поочередно меняться ролями. Способность ребенка входить в роль, уподобление разыгрываемому образу – это важное условие для коррекции эмоционального дискомфорта ребенка и его внутриличностных конфликтов. Сюжетно-ролевые игры рекомендуется проводить совместно с родителями ребенка. Психолог предварительно вместе с родителями обсуждает конфликтную ситуацию, характерную для данной семьи. В игровой ситуации рекомендуется меняться ролями. Например, мать выступает в роли ребенка, а ребенок в роли матери. Опыт нашей работы показал, что использование этого метода психологической коррекции вызывает у детей широкий диапазон положительных эмоций от спокойно-удовлетворенного состояния до состояния эмоционального вдохновения. Игровую психокоррекцию в форме сюжетно-ролевой игры рекомендуется использовать при работе с детьми с выраженными межличностными конфликтами и с нарушением поведения. В процессе коррекции рекомендуется предложить детям игровое воспроизведение не только прошлого или настоящего опыта, но и моделировать новый опыт в возможных стрессовых условиях. Эффективность проведения сюжетно-ролевых игр в значительной степени зависит от социального опыта ребенка, от особенностей его представлений о людях, их чувств, взаимоотношений.

Для детей с ограниченным социальным опытом вследствие задержки психического развития, физической неполноценности и пр. целесообразно использовать игры-драматизации на тему знакомых сказок. Основной целью игр-драматизаций также является коррекция эмоциональной сферы ребенка. Проведению игры-драматизации должна предшествовать подготовительная работа. Психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка актуализирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Ребенок не просто подражает, а создает образ персонажа, уподобляется ему. Как отмечалось выше, способность ребенка входить в роль, уподоблять себя разыгрываемому образу имеет важное значение для коррекции эмоционального дискомфорта. Опыт работы показал, что это способствует коррекции негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и качества личности дети переносят на игровой образ, наделяя персонажи собственными отрицательными эмоциями и чертами характера. Директивные игры успешно можно использовать при коррекции страхов у детей.

Например: Катя Г., 3 г. 9 мес, заболела гриппом, мать вызвала врача. В течение целого дня мать ожидала прихода доктора. К концу рабочего дня пришел стажер, студент 6-го курса, негр. Мать, увидев необычного доктора, немного испугалась, но затем пригласила его

в комнату, где спала больная дочь. Катя открыла глаза и, неожиданно увидев перед собой негра в белом халате, стала пронзительно кричать. На следующий день мать обратила внимание на то, что девочка вялая, заторможенная, мало разговаривает. Такое состояние ребенка мать объясняла болезнью (гриппом). Через несколько дней мать заметила, что девочка стала заикаться. Мать обратилась к невропатологу, и девочке был поставлен диагноз «невроз на фоне испуга». Через три недели мать обратилась к психологу.

Девочка на начальных этапах занятий в контакт с психологом вступала неохотно, в основном проявляла интерес к свободным играм. В игровом уголке выбрала куклу, прижала ее к груди, затем стала «кормить». Обращали на себя внимание резкие движения девочки, склонность к стереотипиям, что подчеркивает эмоциональное неблагополучие ребенка. До испуга мать характеризует девочку как подвижного, активного ребенка, однако обращает внимание психолога на повышенную чувствительность, склонность к застреванию на аффективных переживаниях. «Если ее поругаю, она долго переживает, плохо спит... когда отдавала в садик, то пришлось быть с ней там в течение двух недель постоянно, пока она не привыкла». Мать воспитывает девочку одна, бабушка помогает в воспитании ребенка, но живет отдельно.

Анализ отношений матери к ребенку и стиля семейного воспитания (направленное наблюдение, использование методики Пари, опросника «незаконченные предложения» показал, что в целом у матери отмечается эмоционально-доверительное отношение к ребенку с тенденцией к гиперсоциализации. Девочке были рекомендованы психокоррекционные занятия, направленные на снижение эмоционального дискомфорта и вытеснение негативных переживаний. Игровая психокоррекция проводилась два раза в неделю. Предварительно были разработаны специальные сценарии «К нам идут гости». В игре участвовали «Кот Мурзик», «Кукла Маша» и добрая хозяйка (Катя). Перед приходом гостей Катя готовила стол: на игровом столике раскладывала посуду для каждого гостя, муляжи еды (булка, яблоки, огурцы, помидоры, пирожные и пр.). Гости угощались, играли. Мурзик пытался рисовать, кукла Маша помогала ему. Следует отметить высокую вовлеченность девочки в игру, умение ее вжиться в предлагаемую роль хозяйки. На третьем занятии в гости пришла кукла Карлита (кукла-негр). Появление Карлиты девочка встретила настороженно, посадила Карлиту за стол вдали от себя и других кукол. На следующих занятиях Карлита активно включалась в игровой процесс. Она совершала добрые поступки, помогала Мурзику рисовать, подарила Маше свое пирожное... Постепенно Карлита стала главным позитивным героем игры. Девочка активно включала ее в процесс игры, подчеркивала ее положительные качества. Постепенно Карлита стала Катиной дочкой. На предпоследнем занятии Карлита заболела и мама-Катя вызвала ей врача. Роль врача выполняла «собачка Тузик» черного цвета. Врач помог Карлите, и она выздоровела. Во время занятий у девочки улучшился сон, мать обратила внимание на уменьшение заикания. К концу занятий у девочки наблюдался позитивный эмоциональный фон, свободная речь. Девочка была назначена на консультативные встречи (раз в две недели) психокоррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков.

Данный пример убедительно показывает роль игровой психокоррекции в нормализации эмоционального состояния ребенка и преодолении его внутриличностных конфликтов. Успех игровой психологической коррекции зависит от следующих факторов:

- умение психолога установить контакт с ребенком в игровой форме;

- правильно подобранный игровой сценарий, соответствующий психогенной ситуации;
- учет психологом индивидуально-психологических характеристик ребенка, участвующего в коррекции;
- позитивная установка родителей на процесс психологической коррекции;
- обстановка, в которой проходит психокоррекционный процесс, где ребенок чувствует себя комфортно и безопасно.

## **АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

Еще в 30-х годах прошлого века психоаналитиками был предложен метод арт-терапии для коррекции эмоционально-личностных проблем ребенка. Арт-терапия представляет собой специализированную форму психотерапии, основанную на изобразительном искусстве. Основная цель арт-терапии состоит в развитии самовыражения и самопознания ребенка. Арт-терапия включает в себя не только рисуночную терапию. К ней относятся и такие виды продуктивной деятельности ребенка как лепка, аппликация, изготовление масок, фигурок из пластилина, конструкций из подручных материалов (провода, материи, веревок и пр.). В практике выделяются две формы арт-терапии: пассивная и активная. При пассивной форме арт-терапии ребенок рассматривает картины, поделки, т. е. потребляет художественные произведения. При активной арт-терапии ребенок сам создает продукты деятельности. В исследованиях психологов было давно замечено, что рисунки детей отражают не только уровень умственного развития и индивидуальные личностные особенности, но и являются своеобразной проекцией личности. Рисунок выступает как средство усиления чувства идентичности ребенка, помогает детям узнать себя и свои способности.

Р. Альшулер (1947) и Э. Крамер (1975) выделяют четыре типа изображений, отражающих как возрастную динамику развития рисунка, так и индивидуально-личностные особенности ребенка. Это бесформенные и хаотичные каракули, конвенциональные стереотипы-схемы, пиктограммы и собственно художественные произведения. Каракули, например, представляя собой исходную стадию детского рисунка, а в более старшем возрасте могут выражать чувство беспомощности и одиночества. Стереотипные схематические изображения и пиктограммы в более старшем возрасте могут отражать сублимацию подавленных желаний или потребность в защите. Символические изображения отражают подавленные аффекты в форме сублимации. Особое значение играет цвет. Например, преобладание серых тонов, а также темных, отражают отсутствие жизнерадостности, а яркие насыщенные краски отражают активный жизненный тонус, оптимизм.

В отечественной психологии методы арт-терапии использовались в коррекции психических заболеваний у взрослых (М. Е. Бурно, 1989) и неврозов у детей (А. И. Захаров). Наиболее эффективна арт-терапия в коррекции страхов у детей и подростков. А. И. Захаров выделяет несколько этапов коррекции страхов у детей методом рисования:

1. За месяц до коррекции дети приносят свои рисунки психологу и показывают их в группе другим детям. Это активизирует ребенка, вызывает у него интерес к рисованию.
2. На втором этапе занятий по рисованию темы для рисунков выбирают сами дети. Психолог анализирует тему ребенка, которая имеет диагностическую значимость.

3. На третьем этапе занятий детям предлагаются тематические рисунки: «в детском саду», «на улице», «я дома», «моя семья», «что мне снится страшного», «кого я боюсь», «мой самый страшный день».

4. Четвертый этап занятий направлен на устранение страхов. Психолог совместно с ребенком составляет список страхов, затем предлагает ребенку нарисовать их.

В процессе анализа детского рисунка психолог каждый раз должен выражать одобрение, вызывая у ребенка гордость за выполненное задание. Через несколько дней психолог проводит индивидуальное обсуждение рисунков. Ребенку последовательно показывают его рисунки и спрашивают, боится ли он теперь. Отрицание ребенка обязательно надо закрепить похвалой. Оставшиеся страхи рисуют снова. Психолог предлагает ребенку нарисовать то, чего он уже не боится. Такая установка является дополнительным стимулом к преодолению страха.

Занятия по рисуночной терапии могут быть структурированные и неструктурированные. При структурированных занятиях тема рисования предлагается психологом. После окончания занятий рисунки обсуждаются совместно с детьми. При неструктурированных занятиях дети самостоятельно выбирают тему.

Важным принципом арт-терапии является обязательное одобрение и принятие всех продуктов изобразительной деятельности ребенка независимо от их содержания, формы и качества.

Например, Сурен К., 9 лет. 7 мес., во время землетрясения в г. Спитак оказался в завале, где просидел вместе с учительницей и одноклассниками в течение четырех дней. Трое детей из класса погибли в результате тяжелых травм, у мальчика наблюдалась травма кисти правой руки, по поводу чего он наблюдался в хирургическом отделении. Жалобы родителей и персонала на постоянные ночные крики, страхи, склонность к эмоциональному замыканию, лицевые тики. Мальчика осмотрел врач-невропатолог, была рекомендована консультация психолога.

Мальчик в контакт вступает легко, проявляет интерес к занятию. Обращает на себя внимание некоторая настороженность, проявление страха при упоминании о землетрясении. С мальчиком проводилась рисуночная терапия. На первых этапах психолог организовывал неструктурированные занятия. Ребенку были предложены фломастеры и альбом для рисования, предлагалось нарисовать, что он желает. Мальчик охотно включился в занятие. В первом рисунке он изображал красные «языки», дождь. Изображение людей в рисунке отсутствовало. Обращали на себя внимание сильные нажимы, что указывает на высокое эмоциональное напряжение у ребенка. На последующих занятиях рисунки мальчика также выражали эмоциональное напряжение, но цветовой фон стал более спокойным. На вопрос психолога: «Как ты назовешь свою картину?» мальчик ответил: «Несчастье». Психолог обратила внимание на качество рисунка мальчика, предложила прикрепить рисунок на доску, где висят другие рисунки. Мальчик охотно согласился. На последующих неструктурированных занятиях в рисунках мальчика стали появляться фигуры людей, дома. Мальчик изобразил себя на фоне падающего дома. На вопрос психолога: «Как мы назовем этот рисунок?» мальчик ответил: «Это землетрясение, я это видел, был там, сидел в завале, было холодно и страшно». На этапе структурированного рисования психолог предложила мальчику нарисовать «пещеру», в которой он находился. Процесс рисования мальчик сопровождал комментариями: «было холодно, учительница меня обнимала, я плакал, Карина

(одноклассница) сначала кричала, а потом плакала, а потом спала». На последующих занятиях психолог предлагал ребенку следующие темы: «Вас спасли спасатели», «Ты в больнице», «Встретился с мамой и папой», «Приехал в Ленинград», «Твои друзья в палате», «Мой доктор», «Скоро праздник». Анализ результатов коррекции показал высокую ее эффективность: нормализовался сон, уменьшились тики, ребенок стал более общительным. Мать обратила внимание психолога на то, что он перестал бояться темных помещений. После индивидуальных занятий мальчик был включен в психокор-реакционную группу для закрепления полученных результатов.

## **МУЗЫКОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

В психокоррекции детей с эмоциональными нарушениями широко используется музыкотерапия. В психологической литературе выделяется четыре основных направления коррекционного воздействия музыкотерапии:

1. Эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии.
2. Регулирующее влияние на психовегетативные процессы.
3. Развитие навыков межличностного общения.
4. Повышение эстетических потребностей.

В качестве психологических механизмов психокоррекционно-го воздействия музыкотерапии авторы указывают:

- катарсис – эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния;
- усвоение новых способов эмоциональной экспрессии;
- повышение социальной активности и др. (Завьялов, 1995).

Традиционно выделяются следующие варианты музыкотерапии: рецептивная музыкотерапия, которая предполагает восприятие музыки с коррекционной целью, и активная, которая представляет собой коррекционно направленную, активную музыкальную деятельность.

Различают три формы рецептивной психокоррекции:

1. Коммуникативная – совместное прослушивание музыкальных произведений, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия.
2. Реактивная, помогающая достижению катарсиса.
3. Результативная, способная к снижению нервно-психического напряжения.

При работе с детьми целесообразно использовать оба варианта музыкальной психокоррекции. Активная широко используется в групповых занятиях с целью сплочения группы и эффективности группового взаимодействия. Например, хоровое пение, исполнение музыкальных произведений на музыкальных инструментах или с помощью ложек, расчески и пр.

Рецептивную музыкотерапию целесообразно использовать для решения конкретных психокоррекционных задач: оптимизация общения членов группы, создание доверительной эмпатийной атмосферы в группе, снижение эмоционального дискомфорта и пр.

Опыт нашей работы показал, что дети с интрапсихическими конфликтами предпочитают тихую, спокойную, плавную и мелодичную музыку. Она способствует снижению тревожности, страха, улучшению настроения, особенно на начальных этапах общения с ребенком. Положительное влияние музыкотерапии проявляется также в усилении

активности ребенка, его эмоциональности. Активирующее влияние на ребенка с эмоциональными проблемами, особенно с проблемами в межличностном общении оказывает ритмичная музыка, которую можно использовать в группе при выполнении детьми упражнений с мячом, кеглями и пр.

Следует подчеркнуть, что наряду с положительным отношением детей к музыкальным произведениям может наблюдаться отрицательное отношение, что бывает обусловлено отрицательными ассоциациями, которые вызывает музыка у ребенка, неподготовленностью его к восприятию музыки, а также индивидуально-психологическими особенностями.

Итак, в процессе психологической коррекции детей с эмоциональными нарушениями целесообразно использовать многообразные психокоррекционные технологии с обязательным учетом степени тяжести эмоциональной проблемы, направленности конфликта, особенностей социальной среды, окружающей ребенка, а также его индивидуально-психологических характеристик.

## ГЛАВА 10.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКИХ ОТНОШЕНИЙ

В психологической литературе много внимания уделяется анализу влияния отношения родителей к подростку на особенности формирования его личности.

Родительские отношения рассматриваются как сложная система, включающая в себя разнообразные чувства родителей по отношению к ребенку, их поведенческие стереотипы, практикуемые в общении с ребенком, а также особенности восприятия и понимания характера и личности ребенка и его поступков.

Нарушение взаимоотношений родителей и подростков может быть обусловлено различными факторами, которые можно разделить на внешние и внутренние. К внешним факторам можно отнести материально-бытовые условия, состав семьи (полная, неполная семья, количество детей). К внутренним факторам следует отнести ценностные ориентации семьи; уровень педагогической культуры родителей, личностные особенности родителей.

Особые трудности в процессе психокоррекции детей и подростков с нарушениями поведения вызывают неправильные, искаженные родительские установки на проблемы ребенка. К сожалению, большинство родителей ориентируются на отдельные симптомы нарушения поведения подростка. Например, мать жалуется на то, что сын «без спросу берет чужое, ворует», и просит психолога помочь ребенку избавиться от этого. Такой формальный, поверхностный взгляд на проблемы ребенка формирует у некоторых родителей потребительское отношение к психологической помощи, и такие родители ответственность за результат помощи ребенку полностью возлагают на психолога.

Коррекция подобной позиции родителей, изменение их установки в отношении к психокоррекционному процессу и собственной роли в нем является принципиальным положением при построении психокоррекционной программы.

Перед психологом стоит задача переориентации внимания родителей с отдельного симптома на личность ребенка в целом. Это достигается в процессе направленных бесед с родителями с обязательным знакомством их с результатами психодиагностических данных, а также в процессе совместных занятий с детьми, организация которых обеспечивает личностный рост каждого участника за счет приобретения нового уникального опыта социального взаимодействия.

Семейную психокоррекцию мы рассматриваем как комплекс воздействий, направленных на гармонизацию личностной структуры и семейных взаимоотношений подростка, а также на решение актуальных психотравмирующих проблем, обусловленных нарушенными семейными отношениями.

Учитывая сложную многоуровневую структуру поведенческих нарушений у подростков в связи с проблемами семейного воспитания, мы выделили следующие блоки психокоррекционной работы с подростком и его семьей: *гностический, конструктивный, организационный, коммуникативный и реконструктивный* (Ма-майчук И. И., 1984; Чавес, 1992).

Основной целью *гностического блока* является формирование у подростков и их родителей адекватного представления о своих личностных особенностях, своих переживаниях и потенциальных возможностях и стилях семейного воспитания. Этот блок является чрезвычайно важным в психокоррекционном комплексе.

Внутри этого блока мы выделяем следующие фазы:

1. Первичная психодиагностика (анализ родительских жалоб и особенностей их поведения).
2. Психологическая диагностика родителей и подростка с использованием игровых методов психокоррекции.

Знакомство с родителями и подростком начинается с первой встречи, в процессе которой психолог выслушивает жалобы родителей, а также составляет впечатление о них и подростке на основе их поведения и характера общения с психологом. Эти два источника информации являются основными диагностическими данными в рамках первичной психодиагностики.

Психолог должен обратить особое внимание на мотивацию обращения к нему. Традиционно выделяются три основные мотивационные ориентации у родителей:

1. Деловая ориентация, которая существует в двух формах:
  - а) адекватная деловая ориентация, когда родитель искренне заинтересован в решении своей проблемы и полностью доверяет психологу;
  - б) неадекватная деловая ориентация отличается от предыдущей тем, что родитель преувеличивает возможности психолога. Например: «Вот он позанимается, будет всегда послушным, продолжит посещать школу, пойдет в учебное заведение, куда я хочу и пр.»
2. Потребительская ориентация, когда родители все свои проблемы перекладывают на консультанта-психолога и ориентированы на их быстрое решение.
3. Игровая ориентация, когда родители обратились к психологу не с целью решения своих проблем, а с целью установить определенные отношения с ним, проверить его компетентность. Такая ориентация встречается у родителей, которые проявляют большой интерес к психологии, считают себя «специалистами» в этой области. С такой ориентацией родителей сталкиваются и молодые специалисты, и известные профессионалы. Например, материально обеспеченные родители считают обязательным проконсультироваться у крупного светила, чтобы потом всем рассказать, что они консультировались «у самого». Как правило, у родителей с «игровой мотивацией» нет серьезных жалоб на подростка.

Нередко родители обращаются к психологу с готовой моделью желаемого результата и настаивают на ее осуществлении. Например, родители обращаются к психологу с просьбой оценки интеллекта ребенка. «Обследуйте его и докажите, что он может обучаться по массовой программе». В таких случаях психолог всегда сталкивается с принципиально важной задачей: точно и адекватно оценить истинное содержание и значение таких жалоб и просьб. Каждый из таких случаев требует кропотливого анализа, позволяющего психологу понять неосознаваемые родителями мотивы обращения к специалисту.

На данном этапе психологической коррекции психолог должен эффективно оценить содержание жалоб родителей на подростка.

Опыт нашей многолетней работы показывает, что при обращении к психологу наблюдаются следующие варианты жалоб на подростка:

- жалобы на особенности поведения подростка;
- жалобы на плохую успеваемость в школе;
- жалобы на особенности эмоционального развития подростка (страхи, тревожность, нервозность, неустойчивый сон);
- жалобы на индивидуальные психологические особенности (замкнутый, лживый,



сверхобобщительный, странный и пр.);

– жалобы на отклонения в поведении (убегает из дому, ворует, лжет, прогуливает школу и пр.).

Среди жалоб нередко встречаются необоснованные, которые можно разделить на две категории: частично необоснованные и абсолютно необоснованные жалобы. Частично необоснованные жалобы, как правило, обусловлены психологической безграмотностью родителей. Например, родители подростка жалуются на его плохое поведение в школе, плохую успеваемость ребенка в связи с предвзятым отношением учителей к нему или частыми встречами сына с отцом, который ушел из семьи. В случае абсолютно необоснованных жалоб нередко возникает вопрос о психологических особенностях самих родителей, и их жалобы на подростка могут быть своеобразной проекцией своих личностных проблем. Например, родитель жалуется, что подросток «ворует деньги из дома», чего нет в действительности, и сама жалоба может являться отражением неадекватного родительского отношения к подростку.

По направленности можно выделить два вида жалоб: жалобы, направленные на конкретный субъект, например на подростка, на учителей и т. п., и содержательные жалобы на нарушение развития, на поведение ребенка, на особенности его межличностных контактов и пр.

Нередко можно столкнуться со скрытым содержанием жалоб родителей на подростка. Например, мать рассказывает, какой тяжелый характер был у ее мужа, отца подростка, однако конкретных жалоб на подростка мать не высказывает. Это может быть обусловлено неподготовленностью родителя к беседе с психологом, волнением, нежеланием раскрываться перед психологом. Важным является правильно поставленный вопрос психолога с целью перевода скрытого содержания жалоб в явное. Это способствует формированию положительного отношения родителей к специалисту.

Эффективность информации при первой встрече в значительной степени зависит не только от правильно поставленных вопросов, но и от умения психолога анализировать спонтанные высказывания в ходе общения психолога с родителями и родителей с ребенком.

Итак, для первичного психологического заключения необходимо: определение содержания и структуры жалобы, выявление явного и скрытого содержания жалобы в рамках этой структуры и анализ подтекста жалобы.

Важной составляющей гностического блока является психологическая диагностика типов семейного воспитания подростка. В многочисленных исследованиях отечественных и зарубежных психологов подчеркивается, что семейные отношения могут быть источником формирования дисгармонии развития личности подростка (Кебриков, 1971; Личко, 1983; Кондратенко, 1988; Эйдемиллер, Юстицкий, 1992; и др.).

Эйдемиллер и Юстицкий выделили стили семейного воспитания, оказывающие негативное влияние на формирование личности подростка.

*Потворствующая гиперпротекция*, которая проявляется в том, что семья стремится к максимальному удовлетворению потребностей ребенка, когда ребенок является «кумиром, эпицентром» семьи. Такой тип семейного воспитания способствует развитию демонстративных (истероидных) и гипертимных черт личности у подростка.

*Доминирующая гиперпротекция*, при которой ребенок также находится в центре внимания родителей, однако родители лишают ребенка самостоятельности, ставят ему

многочисленные ограничения и запреты. Это способствует формированию аффективных реакций у гипертимных подростков и астенических у сензитивных и тревожно-мнительных подростков.

Воспитание по типу *повышенной моральной ответственности* характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку с пониженным вниманием к его потребностям и стимулирует формирование тревожно-мнительной акцентуации.

Крайне негативным типом воспитания является *эмоциональное отвержение* ребенка или воспитания по типу «Золушки».

В основе эмоционального отвержения лежит осознаваемое, но чаще неосознаваемое отождествление ребенка с какими-либо отрицательными моментами в жизни родителей. В результате кодро-сток ощущает себя помехой в жизни родителей, возникают эмоциональные барьеры между ним и родителями. Эмоциональное отвержение формирует у подростка не только невротические расстройства личности, но и способствует развитию эпилептоидной акцентуации и психопатическому развитию. Нередко эмоциональное отвержение приводит к жестокому обращению с ребенком, что проявляется в многочисленных наказаниях, избиениях.

При *гипопротекции* родители в силу объективных обстоятельств (занятость) не контролируют ребенка, игнорируют его потребности, не проявляют интереса к его успехам, предоставляют ему максимум самостоятельности, что является неблагоприятным фактором для подростков с гипертимной и неустойчивой акцентуацией. Такой стиль воспитания нередко наблюдается в многодетных семьях. Однако при данном типе воспитания эмоциональных барьеров между родителями и ребенком не существует.

Исследования многих авторов показали, что гипопротекция наиболее неблагоприятна для подростков с акцентуациями характера по гипертимному типу, неустойчивому и конформному. Доминирующая гиперпротекция наиболее травматична также для гипертимных подростков и подростков с психостенической, астено-невротической и сензитивной акцентуацией. Воспитание по типу «потворствующая гиперпротекция» оказывает неблагоприятное воздействие на подростков с истероидной и лабильной акцентуацией. Эмоциональное отвержение создает психотравмирующую ситуацию при лабильной, сензитивной и астено-невротической акцентуации. Воспитание по типу повышенной моральной ответственности крайне негативно влияет на подростков с психастенической акцентуацией.

В исследованиях А. Я. Варга и В. В. Столина выделяются пять основных составляющих отношения родителей к ребенку:

1. Степень эмоционального отношения к ребенку.
2. Желательный образ родительского отношения.
3. Уровень межличностной дистанции в общении с ребенком.
4. Форма и направления контроля за поведением ребенка.
5. Особенности восприятия и понимания ребенка родителями.

Авторами был разработан опросник, направленный на анализ особенностей отношений родителей к своему ребенку. В опроснике выделено пять шкал: отвержение, социальная желательность, симбиоз, гиперсоциализация и инфантилизация.

В исследовании И. М. Тарамыго, проведенном под нашим руководством, было выявлено, что у родителей подростков с нарушениями поведения достоверно чаще

встречается эмоциональное отвержение подростков. Это проявляется в недооценке родителями личностных особенностей подростка, в повышенной фиксации на негативных его характеристиках (Тарамыго, 2002).

Например, мать Володи К., 15 лет, обратилась к психологу с жалобами на плохое поведение сына: «лжет, ворует, грубит, не ходит в школу и пр.».

Мальчик от первой нормально протекавшей беременности. Матери в период беременности было 16 лет, отцу 17. Когда ребенку был 1 год, отец был призван в армию, где познакомился с другой женщиной и в семью не вернулся. До пяти лет Володя проживал с бабушкой, после смерти бабушки стал проживать с матерью, которая к тому времени вышла замуж.

Мать характеризует своего мужа положительно, жалуется психологу, что у сына не складываются отношения с отчимом. Об отце мальчика мать отзывается крайне негативно. Специальный анализ показал, что мать слабо ориентируется в характерологических особенностях сына, склонна выделять только негативные стороны его характера. На вопрос психолога: «Какие позитивные качества у вашего сына?», мать задумалась, а затем ответила: «Я не вижу в нем ничего положительного». В процессе обследования четко прослеживалось выраженное эмоциональное отвержение матерью сына, которое носило открытый характер. В ходе направленной беседы мать доверительно призналась психологу, что она не любит старшего сына, так как он очень похож на своего отца, который «испортил мне всю молодость».

Важным моментом первичной психодиагностики является анализ поведения родителя, обратившегося на консультацию по проблемам подростка. Перед психологом стоит задача правильного анализа не только вербальной информации (жалоб), но и невербальных, выразительных средств: поза, мимика, жесты, темп речи и пр.

Разнообразная информация, извлеченная из первой беседы с родителями, требует соответствующего обобщения. В целях практического удобства обобщение можно проводить в виде выделения ведущих психологических синдромов, включающих специфические характеристики сюжета жалоб, особенностей их подтекста, а также ряд дополнительных неспецифических поведенческих проявлений. Следует помнить, что психологические синдромы представляют собой первоначальные гипотезы, которые проверяются и уточняются в дальнейшей работе с ребенком и родителями.

Психологическая диагностика подростков с нарушениями в поведении проводится следующим образом:

1. Проанализировать степень обоснованности жалоб родителей на поведение подростка. Решение этой диагностической задачи во многом предопределяет диагностику родительского отношения к подростку и характер дальнейшей работы с родителями.

2. Если жалобы родителей полностью или частично обоснованы, необходимо оценить психическое состояние подростка, выявить и квалифицировать степень его дисгармонии, особенности его поведения.

3. На основании решения первых двух задач сформулировать дальнейшие диагностические цели (личностная характеристика родителей, родительского отношения и взаимоотношений с подростком, отношений в семье в целом, отношений подростка вне семьи), а также определить конкретные задачи психологической коррекции с подростком и родителями.

*Конструктивный блок* психологической коррекции направлен на проектирование психокоррекционного процесса, отбор средств и методов коррекционных воздействий с учетом индивидуально-психологических особенностей подростка и его родителей.

Перед психологом стоят следующие задачи:

– Оценка психологической готовности семьи для участия в психокоррекционном процессе.

– Определение общих организационных вопросов психокоррекционного процесса (подбор времени занятий, стабильность состава, место занятий).

– Разработка конкретных психокоррекционных технологий. Эффективность семейной психокоррекции в значительной

степени определяется сильной и устойчивой мотивацией всех членов семьи к участию в ней. Психолог должен рассказать членам семьи об организации психологической коррекции, о затратах времени, ответственности каждого из участников занятий. Для определения психологической готовности членов семьи к занятию целесообразно использовать метод «парадоксальной интенции», предложенный Франком (Frank, 1975). Психолог рассказывает о трудностях, которые предстоит преодолеть всем участникам психокоррекции, подчеркивает, что занятия будут проводиться в вечернее время, когда хочется отдохнуть дома после рабочего дня, что занятия обязательно должны проводиться в одно и то же время в постоянном составе и пр. Очень важно правильно оценить реакцию будущих участников на такие высказывания психолога. Важным является также разъяснение психолога о значении психологической коррекции в доступной для родителей и подростка форме. Желательно подкреплять рассказ примерами из своей практики.

Психологу, организующему работу с семьей подростка с нарушениями в поведении, приходится решать множество проблем. Например, работать сразу со всей семьей или с отдельными ее членами, начинать работу с проблем подростка или его родителей и пр. Организация психокоррекционного процесса зависит как от индивидуально-психологических особенностей его участников, так и специфики проблем. В связи с этим эффективность психокор-рекционных занятий может быть достигнута путем использования разнообразных стилей и форм работы с семьей. Например, индивидуальная работа с одним из членов, групповая работа, использование директивных или недирективных способов психокоррекционных воздействий.

Успешность решения определенных задач психологической коррекции в значительной степени зависит от подбора психокоррекционных техник. Это могут быть техники, широко используемые в зарубежной и отечественной психологии, – проигрывание ролей друг друга (Barker, 1981), техника «намеренного бездействия» (Peres, 1979), техника «обмен ролями» (Захаров, 1982), психодрамы (Moreno, 1965; Kipper, 1986), арт-терапия (Захаров, 1986), групповые дискуссии (Мамайчук, 2000) и многие другие.

Основной целью *организационного блока* является практическая реализация психокоррекционных задач.

1. Обучение подростка и его родителей умению объективно оценивать трудные для них жизненные ситуации, умению увидеть их как бы со стороны.

2. Активизация каждого участника психологической коррекции в процессе занятий.

3. Расширение диапазона возможных вариантов поведения родителей и подростков в трудных для них жизненных ситуациях.

Для решения первой задачи целесообразно проводить занятия с семьей на уровне реального поведения в форме ролевой игры. Например, подросток выполняет роль родителя или приятеля, и ему предлагают разрешить ситуацию и выбрать наиболее приемлемые варианты выхода из нее. Все члены семьи выступают в главной роли и разрешают различные ситуации, предварительно инсценированные психологом. Трудные ситуации психолог подбирает из реальной жизни семьи подростка. Например, подросток в очередной раз прогулял школу, не выполнил вовремя уроки и т. д. Затем результаты игры обобщаются. На доске выписываются все предложенные варианты поведения, обсуждается, какие варианты наиболее приемлемы для семьи.

Многие родители испытывают существенные трудности при выполнении ролей, замыкаются, отказываются их выполнять. Перед психологом стоит задача усиления мотивации родителей к участию в ролевых играх (вторая задача). Это достигается с помощью следующих психотехнических приемов: активная поддержка психологом всех членов семьи в процессе игры; непосредственное участие самого психолога в ролевой игре; разъяснение родителям целей и задач игры, т. е. создание положительной установки на игру.

С целью расширения диапазона возможных вариантов поведения у родителей и подростков в трудных для них ситуациях (третья задача) рекомендуется проводить специальные групповые занятия с несколькими семьями. Подбор семей, участвующих в психокоррекции, проводится с учетом сходства проблем и их желания участвовать в психокоррекционных занятиях.

Целесообразно использовать групповые дискуссии, чтобы совместно выработать оптимальный подход к той или иной жизненной ситуации, основываясь на понимании ее психологического смысла. Можно выделить следующие основные задачи групповой дискуссии:

1. Коррекция искаженных представлений родителей о различных аспектах семейных взаимоотношений, о способах разрешения семейного конфликта, о стилях семейного воспитания ребенка.
2. Обучение членов семьи методам дискуссии, т. е. коллективному обсуждению своих проблем.
3. Формирование у членов семьи адекватного представления о потенциальных возможностях ее членов.

Участвуя в групповой дискуссии, родители с удивлением узнают, что многие вещи, которые им казались очевидными, например, обязательное наказание ребенка, для других семей таковыми не являются. Участие в дискуссии расшатывает устоявшиеся ранее родительские стереотипы, заставляет их заново проверить их правильность и адекватность. Очень важно сформировать у членов семьи более широкий взгляд на различные семейные проблемы, в том числе и воспитание ребенка. Психолог предлагает родителям различные ситуации, в которых должны быть отражены потребности каждого участника группы. Каждый участник группы должен высказать свою точку зрения на представленную проблему. Все высказывания записываются, а затем принимается коллективное конструктивное решение. Однако главной задачей групповой дискуссии является не нахождение каких-то оптимальных, конкретных вариантов выхода из трудной ситуации, а

повышение мотивации и вовлеченности участников группы в анализ и решение обсуждаемых проблем. В процессе групповой дискуссии психолог фиксирует отношение родителей к ситуациям по следующим параметрам: мотивация, эмоциональное или рациональное отношение к ситуации, конструктивный или неконструктивный выход из ситуации. Наш опыт свидетельствует, что у большинства родителей наблюдается эмоциональная оценка ситуаций. Это проявляется в таких высказываниях как: «это меня шокирует», «расстраивает», «у меня пропадает сон» и пр., что способствует неконструктивным способам решения семейных проблем.

В процессе групповых дискуссий многие родители научились осознавать свои проблемы, но большинство из них испытывало существенные трудности в реализации своих педагогических возможностей. Это наглядно проявлялось в неадекватных формах поведения по отношению к подростку. Например, родители утверждали: «Я понимаю, почему мой сын так поступил, но не знаю, как на это реагировать».

Психологическая коррекция не должна ограничиваться только психокоррекционными занятиями. Важное значение имеет правильная организация жизнедеятельности подростка и его семьи. Для этого психолог вместе с родителями составляет план организации досуга подростка, его учебных мероприятий на определенный период времени, обсуждает роль каждого из родителей в том или ином виде деятельности подростка.

Важным критерием оценки эффективности занятий организационного блока является свободное выражение родителями и подростком собственных эмоций, понимание и раскрытие своих проблем, осознание своей роли в развитии ситуации конфликта с подростком.

*Коммуникативный блок* отвечает за установление оптимальных взаимоотношений между всеми участниками коррекционного процесса (подростком, родителями и другими членами семьи), а также формирование новых приемов и способов общения и поведения с подростками. Это достигается с помощью сюжетно-ролевых игр с последующим обсуждением особенностей взаимодействия участников игры. В нашей практике мы использовали видеозапись. Родители после окончания занятий охотно просматривали видеосюжеты, обсуждали результаты. Психолог обращал особое внимание на невербальные формы коммуникации: жесты, взгляд и пр., а также тон голоса (требовательный, жесткий, мягкий и пр.).

Важным принципом психологической коррекции родительско-детских отношений является онтогенетический подход, впервые предложенный В. В. Лебединским с соавторами (Лебединский, 1988). Он включает в себя гармонизацию личностной структуры подростка за счет воздействия на его эмоционально-волевую, по-требностно-мотивационную, коммуникативно-поведенческую сферы. Этот подход предполагает возврат к ранним онтогенетическим этапам особенностей поведения подростка и общения родителей с ним. Мы использовали такие психотехнические игры, как «чтение мыслей», «живая скульптура». Организация этих игр проводилась в семейной группе (родитель-подросток). Психолог предварительно договаривался с подростком, и тот изображал определенные чувства: «разочарование», «удивление», «досаду», «радость» и пр. Родитель должен был угадать, какое чувство изображает подросток. Затем родители изображали чувства, а подросток угадывал их.

При выполнении упражнения «живая скульптура» подросток и родитель изображали животных, предметы и пр.

Целесообразно использовать игру, предложенную К. Рудестамом (1998) «Скульптура семьи».

Цель данной игры: Диагностика семейных отношений и осознание их проблем.

Занятие проводится в детско-родительских группах, состоящих из двух-трех семей.

Ход занятия:

Один из участников группы (желательно, подросток) добровольно вызывается создать скульптуру или живую картину семьи. Психолог предлагает подростку вспомнить, с кем он жил раньше (бабушки, дедушки, другие родственники), и включить их в свою семью. Предлагается расположить членов семьи в характерных для них положениях, создать сцену, которая изображает фрагмент из жизни семьи. Например, можно расположить семью вокруг стола или вспомнить загородную прогулку и расположить членов семьи на прогулке. Можно подобрать другие ситуации. После того, как подросток составил сцену, ему предлагается сообщить каждому участнику фразу, характеризующую данного члена семьи.

После этого каждый участник сцены (взрослый) должен поделиться с группой своими чувствами, рассказать, что он думает о семье в целом и своей роли в ней.

Такие игры вызвали положительные эмоции у участников группы, способствовали свободному выражению чувств, спонтанному поведению.

Кроме того, мы использовали ролевые игры, содержание которых составляли ранние детские воспоминания о счастливых и несчастных пережитых ситуациях. Предлагали подростку обыграть их в присутствии родителей или изобразить в рисунке. В процессе таких занятий проходило осознание, рационализация и творческая переработка психокоррекционной информации.

Например, Николаю В., 14 лет 3 мес., было предложено вспомнить несчастливый день из своей жизни. Подросток вспоминал: «Когда мне было лет шесть, родители на даче громко спорили между собой, потом отец схватил кастрюлю и откинул ее в сторону, крышка от кастрюли полетела на меня, и я испугался и заплакал... Мама стала ругать отца, а он убежал из дома и его долго не было... Мы с мамой пошли его искать в лес... мама плакала, а я думал, что папу съели волки и тоже плакал... мне было страшно тогда ...потом папа пришел домой... он был очень пьяный... бабушка его ругала, била по лицу... мама так плакала».

Подросток рассказал эту историю в присутствии родителей, чем очень удивил их. Отец стал утверждать, что не помнит такого случая в своей жизни. Семье было предложено обыграть эту ситуацию. Родители охотно согласились. Во время игры отец вспомнил о случившемся. После игры состоялось коллективное обсуждение. Члены группы высказывали свое мнение и предлагали альтернативные решения для выхода из сложившейся ситуации.

Как уже отмечалось выше, стимуляция оптимальных взаимоотношений между подростками и их родителями успешно достигается не только в семейных группах, но и в детско-родительских группах, состоящих из нескольких семей. Опыт нашей работы показал, что для некоторых семей участие в родительских группах гармонизирует не только родительские, но и супружеские отношения.

Работа с родительской группой строится в соответствии с общими принципами групповой работы. Групповая психокоррекция создает специфические условия для раскрытия внутриличностной и внутрисемейной проблематики с помощью моделирования и анализа актуального группового межличностного взаимодействия.

Многочисленный опыт работы психокоррекционных и психотерапевтических групп, обобщенный русскими и зарубежными психологами, показал, что групповая форма работы создает оптимальные условия для конструктивной переработки личностных проблем, формирует эмоциональное переживание проблем и конфликтов на более высоком уровне, создает условия для формирования новых, более адекватных форм эмоционального реагирования и поведения в целом, вырабатывает новые социальные навыки, особенно в сфере межличностного общения.

Процесс групповой коррекции в рамках коммуникативного блока включает в себя две основные фазы.

На первой, *установочной фазе* перед психологом стоит задача формирования группы как целое, формирование у членов группы положительного настроения на занятие. Основными психотехническими приемами на данной фазе являются спонтанные игры, направленные на развитие положительного эмоционального фона. Каждая семья (состоящая из двух или трех человек) выбирает лидера или капитана команды. Участники психокоррекционных занятий должны выполнить ряд упражнений на ловкость, смекалку, решить 3–4 задачи. *Развлекательная форма* занятий на установочной фазе способствует сближению членов группы, создает положительную эмоциональную установку на занятие. Неопределенность целей занятий на данном этапе и свобода самовыражения в спонтанных играх может вызвать некоторую тревогу у родителей. Поэтому рекомендуется проведение не больше двух-трех занятий установочной фазы.

Основной целью *подготовительной фазы* семейной групповой психокоррекции является структурирование группы, формирование активности и самостоятельности ее членов. Это достигается с помощью специальных сюжетно-ролевых игр и игр-драматизаций, направленных на снятие эмоционального напряжения. Используют такие ролевые игры, как «Мостик через пропасть», «Автобус в час пик», «Очередь» и пр.

Игра «Мостик через пропасть»

Основная цель: снятие эмоционального напряжения и более тесное знакомство членов группы друг с другом.

Оборудование: скамейка высотой 20 см, длиной 2 метра.

Инструкция: «Вы – группа туристов, и вам надо преодолеть это препятствие, пройти по этому мостику, который висит над пропастью. От ваших слаженных действий зависит успех восхождения. Сосредоточьтесь и пошли».

Эти игры являются своеобразными имитационными моделями проблемных ситуаций межличностного общения. В процессе занятий психолог анализирует, как члены группы вживаются в роль, как помогают друг другу, кто из них берет на себя функции лидера.

На этом этапе рекомендуется также использование приемов невербального взаимодействия с помощью таких игр, как «узнавание на ощупь другого человека», «поводырь», когда члены группы с завязанными глазами двигаются по комнате с помощью ведущего.

На *реконструктивной блоке* групповой семейной психокоррекции решаются следующие задачи: коррекция неадекватных эмоциональных реакций; обучение самостоятельному нахождению нужных форм эмоционального реагирования. Это достигается с помощью психодраматических разыгрываний конфликтов одной из семей.



Родители и подросток меняются ролями. После «просмотра» психодрамы члены группы совместно обсуждают проблему. На первоначальных этапах эти проблемы предлагаются психологом: например, сын украл у матери деньги и сделал ей подарок, дочь требует от родителей отделения, размена квартиры и пр. На последующих этапах разыгрываются жизненные проблемы конкретных семей, участвующих в психокоррекции с последующим обсуждением.

В процессе групповой психокоррекции необходимо проанализировать ее воздействие на участников на трех уровнях: эмоциональном, когнитивном и поведенческом. В таблице представлены оценочные радикалы коммуникативного блока психокоррекции.

***Динамика психокоррекционного процесса коммуникативного блока***

Компонент личности	Психологический механизм	Радикалы
Эмоциональный	Эмоциональное реагирование	Свободное выражение эмоций. Эмоциональное отношение к своим проблемам. Принятие эмоциональной поддержки. Изменение способов эмоционального реагирования на проблему
Когнитивный	Расширение сферы осознания своих проблем	Осознание мотивов воспитания. Осознание причин конфликта и своей роли в конфликте самим подростком. Понимание и принятие родителями личностных особенностей подростка
Поведенческий	Формирование новых приемов и способов поведения	Преодоление неадекватных форм поведения: эффективность, агрессивность, ригидность и др. Закрепление новых форм поведения и защитных механизмов

Перечисленные выше блоки психокоррекции взаимосвязаны и представляют собой единый психокоррекционный комплекс. Сам психокоррекционный процесс складывается из трех этапов: уста-новочно-диагностический, собственно коррекционный и закрепляющий. В зависимости от особенностей межличностных отношений в семье и структуры личности подростка по-разному распределяются ведущие роли участников психокоррекционного процесса. Неадекватное поведение подростка, являясь следствием сформировавшейся личностной дисгармонии, проявляется в различных вариантах, начиная от антидисциплинарных и патохарактерологических реакций до девиантного и делинквентного поведения. Все это требует тщательного, аргументированного подбора психокоррекционных методов. Могут быть использованы методы исиходинамического, поведенческого, когнитивного и других направлений психокоррекции. Многочисленные работы отечественных авторов по данной проблеме и опыт нашей работы убедительно показал, что различные теоретические положения, лежащие в основе психокор-рекционных методов и приемов, направленных на гармонизацию детско-родительских отношений, не противоречат друг другу при их практическом применении. При разработке психокоррекционных технологий необходимо ориентироваться не на конкретное теоретическое направление, а на клинико-психологические и личностно-уровневые характеристики подростка и его родителей. Использование многообразных психокоррекционных приемов позволяет индивидуализировать их применение в отношении конкретного участника психокоррекции в зависимости от его возраста, личностных особенностей, клинико-патофизиологической формы нарушения поведения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В книге представлены основные направления и способы психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии.

Основная цель психологической помощи детям с проблемами в развитии – это гармонизация их личностного и интеллектуального потенциала, исправление имеющихся нарушений в психическом развитии, профилактика возможных отклонений в развитии, обусловленных как внутренней спецификой психического дизонтогенеза (тяжесть и структура дефекта), так и внешним влиянием (средовые факторы).

С учетом многообразия вариантов нарушений познавательной деятельности и личности у детей с проблемами в развитии нами были разработаны основные принципы психологической коррекции и психокоррекционные технологии. В основу их положен анализ сложной структуры дефекта, его значимости в общей структуре психического развития ребенка.

Мы рассматриваем психологическую коррекцию в двух планах: в широком – как систему психологических педагогических воздействий, направленных на устранение имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств в связи с заболеванием, в узком – как один из способов психологического воздействия, направленный на оптимизацию развития психических процессов и функций и гармонизацию личности.

Для эффективной психологической коррекции детей с проблемами в развитии важно учитывать сложные системно-структурные и онтогенетические модели их психического дизонтогенеза.

Именно это и позволяет разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести и специфическую структуру дефекта.

Учет онтогенетических моделей предполагает два основных направления в психокоррекции: первое – возврат к ранним онтогенетическим этапам развития познавательных процессов и личности, активизация этих процессов в качестве ранее не использованных резервов. Например, для формирования зрительно-пространственных функций у детей с психическим недоразвитием, задержанным развитием и церебральным параличом мы учим их предметно-практическим манипуляциям, формируем у них ориентировочную и мотивационную основы действия. Для развития коммуникативных навыков и эмоционально-волевой устойчивости используются различные подвижные игры и расслабляющие техники, направленные на более ранний уровень эмоционального реагирования ребенка (психотехники «родительский массаж», «холдинг-терапии» и пр.); второе – ориентация на уровень ближайшего развития ребенка. Это предполагает стимуляцию взросления личности детей с проблемами в развитии и включает в себя формирование их самооценки, самоуважения, адекватного отношения к своему дефекту.

Важную роль в эффективности психологической коррекции играет семья ребенка с проблемами в развитии. Это требует обязательного включения в психокоррекционный комплекс семейной психокоррекции, направленной на гармонизацию семейных отношений и формирование адекватных стилей семейного воспитания.

Сложность, многообразие и специфика аномального развития ребенка требует

системного подхода к разработке психокоррекционных технологий. Психокоррекционные технологии мы рассматриваем как совокупность знаний о способах и средствах проведения психокоррекционного процесса.

Главные направления психологической коррекции детей с проблемами в развитии определяются ведущими симптомокомплексами, лежащими в основе дефекта ребенка. Для детей с выраженной церебрально-органической недостаточностью (умственная отсталость, детские церебральные параличи, задержка церебрально-органического генеза, и пр.) – это коррекция интеллектуальных, гностических и эмоционально-волевых функций. Для больных с легкой степенью церебрально-органической недостаточности (соматогенные формы задержки психического развития, церебрастенические нарушения вследствие травм и инфекций) – это коррекция нейродинамических характеристик познавательных процессов и личностного развития. Для детей с поврежденным развитием – дифференцированная коррекция познавательных процессов и личности в зависимости от тяжести последствий повреждения мозга (астения, церебрастения, церебропатия).

Особое внимание уделялось нами психологической коррекции личностного развития и нарушений поведения. Основной целью психокоррекции личностного развития изучаемых групп детей является гармонизация их личностной структуры, семейных взаимоотношений и актуальных психотравмирующих проблем (реакция на дефект, госпитализацию, оперативное вмешательство и пр.).

В процессе поведенческой психокоррекции мы выделяли главные «системообразующие факторы» нарушений поведения у детей и основные уровни эмоциональной регуляции поведения. На основе этого были разработаны специальные психорегулирующие тренировки.

Важным методологическим принципом системы психокоррекции личностного развития является принцип онтогенетической ориентации.

С учетом данного принципа мы разработали специальные игровые методы, направленные на коррекцию негативных поведенческих реакций у детей.

Различные теоретические подходы к проблеме психологической коррекции, разработанные в зарубежной и отечественной психологии, способствуют развитию разнообразных психокоррекционных технологий. Следует подчеркнуть, что при разработке психокоррекционных технологий для детей и подростков с проблемами в развитии рекомендуется ориентироваться не на отдельное теоретическое направление, а использовать разнообразные способы психологических воздействий, базирующихся на многочисленных теоретических направлениях. Разработка отдельных психокоррекционных технологий зависит от конкретных психокоррекционных задач, которые определяются степенью выраженности проблем у ребенка и его родителей.

## ЛИТЕРАТУРА

*Абрамович-Лехтман Р. Я.* Психологическая помощь детям с церебральными параличами // Лечебная помощь детям с церебральными параличами: Труды НИИ им. Г. И. Турнера. Л., 1962.

*Абрамович-Лехтман Р. Я.* Об особенностях нервно-психического развития детей // Тезисы докладов научно-практической конференции по вопросам учебно-воспитательной работы в школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Л., 1965.

*Абромоеич-Лехтман Р. Я.* Развитие предметных действий на первом году жизни. Канд. дисс, 1945.

*Айрапетянц В. А.* Сравнительное изучение функциональной межполушарной асимметрии у детей на разных этапах онтогенеза // Взаимоотношение полушарий мозга. Тбилиси, 1982.

*Алексеев А. В.* Психомышечная тренировка // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985.

*Ананьев Б. Г., Рыбалко Е. Ф.* Особенности восприятия пространства у детей. М., 1964.

*Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания. Л., 1968.

*Анохин П. К.* Очерки по физиологии функциональных систем. М., 1975.

*Ануфриева А. Ф., Костромича С. Н.* Как преодолеть трудности в обучении детей. М., 1997.

*Бадалян Л. О.* Актуальные проблемы эволюционной неврологии и развитие мозга ребенка // Методологические аспекты наук о мозге. М., 1983.

*Бейи Э. С.* Величина отдаленного объекта в восприятии умственно отсталых и глухих школьников // Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых школьников. М., 1940.

*Бендлер Р., Гриндер Дж., Сатир В.* Семейная терапия. СПб., 1993.

*Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Пер. с англ. СПб., 1992.

*Берне Р.* Развитие Я-концепции и воспитание. М., 1991.

*Бернштейн Н. А.* О построении движений. М, 1947.

*Бехтерев В. М.* Внушение и его роль в общественной жизни. СПб., 1908.

*Брейтман М.Я.* О клинической картине детского головного паралича. СПб., 1902.

*Брѐзе Б.* Активизация ослабленного интеллекта при обучении во вспомогательных школах. М, 1981.

*Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидере А. Г.* Возрастно-психологическое консультирование. М., 1990.

*Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением. М., 1989.

*Буянов У. И.* Ребенок из неблагополучной семьи: Записки детского психиатра. 1988.

*Вайзман Н. П.* Психомоторика детей-олигофренов. М., 1976.

*Варга А. Я.* Структура и типы родительских отношений. Автореф. Канд. дис. 1987.

*Веккер Л. М., Бровар А. В., Владимирова Н. М., Михайлова И. А.* О соотношении структурных и статистических характеристик образов восприятия разной степени константности // Вопросы психологии. 1971, № 1.

*Ветер Л. А.* О способах зрительного восприятия формы предметов в раннем дошкольном возрасте // Развитие познавательных и волевых процессов у дошкольников. М., 1965.

*Ветер Л. А.* Восприятие и обучение. М., 1969.

*Вересотская К. И.* Узнавание изображений предметов в зависимости от изменения

положения их в пространстве // Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых детей. М., 1940.

*Власова Т. А., Певзнер М. С.* Учителю о детях с отклонениями в развитии. М., 1967.

*Воронова Р. А.* Опыт изучения различий пространственных отношений у детей, имеющих поражение опорно-двигательного аппарата // Известия АПН РСФСР. 1956. Вып. 86.

*Вроно М. Ш., Башина В. М.* Синдром Каннера и детская шизофрения // Невропатология и психиатрия. Т. 75. 1975, № 9.

*Выготский Л. С.* Избранные психологические исследования. М., 1956.

*Выготский Л. С.* Полн. собр. соч.: в 6 т. М., Педагогика, 1983–1984.

*Гальперин П. Я., Кобыльщицкая С. Л.* Экспериментальное формирование внимания. МГУ, 1974.

*Ганнушкин П. Б.* Избранные труды по психиатрии / Под ред. О. В. Кебрикова. Ростов-на-Дону, 1998.

*Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н.* Неврозы у детей и их лечение. Л., 1977.

*Гарбузов В. И.* Нервные дети: советы врача. М., 1990.

*Глезерман Т. Б.* Мозговые дисфункции у детей. М., 1983.

*Грабов А. Н.* Очерки по олигофренопедагогике. М., 1961.

*Гройсман А. Л.* Коллективная психотерапия. М., 1992.

*Гуревич М. О.* Психопатология детского возраста. М.: Госмедиздат, 1932.

*Гуревич М. О.* Психиатрия. М., 1949.

*Данилова Л. А.* Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. Л., 1977.

*Данилова Л. А.* Особенности нарушений ряда форм познавательной деятельности и пути их преодоления у детей с врожденным церебральным параличом: Автореф. дис. Л., 1969.

*Добрович А. Б.* Воспитателю о психологии и психогигиене общения. М., 1987.

*Драпкин Б. З.* Лечебная педагогика при некоторых психических заболеваниях у детей // Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.

*Драпкин Б. З.* Терапия радостью // VII Всесоюзный съезд невропатологов. М., 1981. С. 251–255.

*Егорова Т. В.* Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. М., 1973.

*Жаренкова Г. И.* Действия детей с задержкой психического развития по образцу и словесной инструкции // Дефектология. 1972. № 4.

*Завьялов В. Ю.* Музыкальная релаксационная терапия: Практическое руководство. Новосибирск, 1995.

*Занков Л. В.* Психология умственно отсталого ребенка. М., 1939.

*Запорожец А. В., Неверович Я. З.* К вопросу о генезисе функций и структуре эмоциональных процессов у ребенка // Вопросы психологии. 1974. № 6.

*Запорожец А. В.* Избранные психологические труды: В 2 т. М., 1986.

*Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. М., 1982.

*Захаров А. И.* Как преодолеть страхи у детей. М., 1986.

*Защепицкий Р. А.* Симптоматические и патогенетические системы психотерапии и психокоррекции // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.

*Зейшник В. В.* Патопсихология. М., 1976.

- Ипполитова М. В.* К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом // Специальная школа. 1967. № 3.
- Исаев Д. Н.* Психическое недоразвитие у детей. М., 1982.
- Исаев Д. Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.
- Исурина Г.Л.* Групповые методы психокоррекции и психотерапии // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
- Каган В. Е.* Аутизм у детей. Л., 1981.
- Калижнюк Э. С.* Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев, 1987.
- Калмыкова З. И.* Особенности генезиса продуктивного мышления детей с задержкой психического развития // Дефектология, 1978. № 3.
- Катаева А. А., Стребелева Е. А.* Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников. М., 1991.
- Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия: В 2 т. / Пер. с англ. М., 1994. Т. 2.
- Карабанова О. А.* Игра в коррекции психического развития ребенка: Учебное пособие. М., 1997.
- Кащенко В. П.* Педагогическая коррекция. М., 1992.
- Кебриков О. В.* Избранные труды. М., 1971.
- КипперД.* Клинические ролевые игры и психодрама / Пер. с англ. М., 1986.
- Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. М., 1979.
- Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.
- Кондратенко В. Т.* Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты. Минск, 1988.
- Корнев А. Н.* Нейропсихологические методы исследования // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. СПб., 1991.
- Кочюнас Р., Губис Г.* Психологические особенности больных, страдающих ревматизмом // Ревматология. 1983. № 1.
- Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
- Куэ Э.* Школа самонаблюдения путем сознательного (преднамеренного) самовнушения / Пер. с фр. Н. Новгород, 1929.
- Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
- Лебединская К. С.* Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Актуальные проблемы задержки психического развития. М., 1982.
- Лебединская К. С., Райская М. М., Грибанова Г. В.* Подростки с нарушениями в аффективной сфере. М., 1988.
- Лебединская К. С., Никольская О. С.* Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. М., 1991.
- Леонгард К.* Акцентуированные личности. Киев, 1981.
- Ломов Б. Ф.* Методологические и теоретические проблемы психологии. М., 1984.
- Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.
- Лубовской В. И.* Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей // Дефектология. 1971. № 6.
- Лурия А. Р.* Высшие корковые функции у человека и их нарушения при локальных

поражениях мозга. М., 1962.

*Лурия А. Р.* Развитие конструктивной деятельности дошкольника // Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста. М., 1948.

*Маан А. К.* Сравнительная характеристика психологических факторов дезадаптации у подростков Йемена и России: Дис... канд. психол. наук, 1995.

*Мамайчук И. И.* Сравнение зрительного и гаптического восприятия у детей с церебральными параличами // Материалы IV Всесоюзного съезда общества психологов. Тбилиси, 1971.

*Мамайчук И. И.* Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным параличом // Дефектология. 1976. № 3.

*Мамайчук И. И.* Гаптическое и зрительное восприятие у детей при нарушениях интеллекта и моторики: Дис... канд. психол. наук, 1978.

*Мамайчук И. И., Мендоса С, Мендоса Д.* Нейропсихологический анализ гностических процессов у школьников с церебральным параличом // Тезисы VI Всесоюзного съезда психологов. М., 1983.

*Мамайчук И. И.* Психолого-педагогическая помощь семье. Л., 1984.

*Мамайчук И. И., Латам Ю. А., Лихачева Е. С.* Некоторые особенности личности детей, больных ревматоидным артритом // Ревматология. 1986. № 4.

*Мамайчук И. И.* Психологическая подготовка детей с ортопедическими заболеваниями к ортопедо-хирургическому лечению // Труды ЛНИДОИ им. Г. И. Турнера. Л., 1987.

*Мамайчук И. И.* Психологическая служба в детской ортопедической клинике // Психологический журнал. 1988. Т. 9. № 2.

*Мамайчук И. И., Мендоса Х.* Учет психологических особенностей детей с аномалиями верхних конечностей в процессе ортопедо-хирургического лечения // Труды ЛНИДОИ им. Г. И. Турнера. Л" 1989.

*Мамайчук И. И., Чавес С.* Особенности семейного воспитания детей с церебральным параличом // Труды ЛНИДОИ им. Г. И. Турнера. Л., 1992.

*Мамайчук И. И.* Нейропсихологическое исследование гностических процессов у детей с различными формами ДЦП // Невропатология и психиатрия, 1992. № 4.

*Мамайчук И. И.* Психологические аспекты здоровья ребенка // Психологические и этические проблемы детства. СПб., 1993.

*Мамайчук И. И., Трошихина Е. Г.* Особенности психической адаптации учащихся вспомогательных школ-интернатов // Дефектология. 1997. № 3.

*Мамайчук И. И.* Психологический анализ системы отношений в семьях дошкольников и пути их коррекции // Вместе с семьей. СПб., 1996.

*Мамайчук И. И.* Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001.

*Мамайчук И. И.* Психическое развитие аномального ребенка. СПб., 1995.

*Мамайчук И. И.* Психокоррекция детей и подростков с нарушениями в развитии. СПб., 1997.

*Мамайчук И. И., Симонова Н. М.* Нейропсихологическая коррекция школьников с резидуально-органической недостаточностью // Тезисы докладов Международной конференции памяти А. Р. Лурия. М., 1997.

*Мамайчук И. И.* Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб., 2000.

*Мапова-Томова В. С., Пырьев Г. Л., Пенушлиева Р. Д.* Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. София, 1981.

*Марковская И. Ф.* Нейропсихологическая характеристика детей с задержкой психического развития // Невропатология и психиатрия. 1977. № 12.

*Марковская И. Ф.* Задержка психического развития церебрально-органического генеза: Автореф. канд. дис. М., 1982.

*Мастюкова Е. М.* Особенности психического развития детей, перенесших асфиксию при рождении // Невропатология и психиатрия. 1967. № 10.

*Мастюкова Е. М.* О развитии познавательной деятельности детей с церебральными параличами // Дефектология. 1973. № 6.

*Матвейчик З.* Родители и дети / Пер. с чеш. М., 1992.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994.

*Меидоса Х.* Психологические особенности у детей с вялыми параличами верхних конечностей: Автореф. канд. дис. Л., 1990.

*Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников. М., 1994.

*Милаишч Ю. М.* Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста: Канд. дис. СПб., 1998.

*Мнухин С. С.* О клинико-физиологической классификации состояний общего психического недоразвития у детей // Труды ин-та Бехтерева, 1961. Т. 25.

*Мнухин С. С.* О временных задержках, замедленном темпе умственного развития и психическом инфантилизме у детей // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Л., 1968.

*Монтессори М.* Метод научной педагогики, применяемый к детскому воспитанию в Домах ребенка. История зарубежной дошкольной педагогики: Хрестоматия. М., 1986.

*Монтессори М.* Помоги мне сделать это самому. М., 2000.

*Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л., 1961.

*Мясищев В. Н.* Избранные произведения. М., 1995.

*Небылицин В. Д.* Основные свойства нервной системы. М., 1966.

*Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.

*Никольская О. С.* Психологическая коррекция раннего детского аутизма // Ин-т невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1980. № 10.

*Никольская О. С., Баеиская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. М., 1997.

*Нудельман М. М.* Об изменении зрительных представлений при забывании у глухонемых и умственноотсталых детей // Вопросы психологии глухонемых и умственноотсталых школьников. М., 1940.

*Озерецкий Н. И.* Вопросы педагогики и детской неврологии. Л., 1924.

*Осипова А. А.* Общая психокоррекция. М., 2000.

*Певзнер М. С.* Дети-олигофрены. М., 1959.

*Певзнер М. С.* Клиническая характеристика психического инфантилизма у детей // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей. М., 1982.

*Перемени Л. И.* Особенности вероятностного прогнозирования у детей в норме и патологии // Вопросы психологии. 1976. № 2.



- Петрова В. Г.* Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. М., 1968.
- Пиаже Ж.* Избранные психологические труды. М., 1969.
- Платонов К. К.* Занимательная психология. М. 1964.
- Платонов К. К.* Структура и развитие личности. М., 1986.
- Подьяков Н. Н.* Способы сенсорного воспитания в процессе конструктивной деятельности // Теория и практика сенсорного воспитания в детском саду. М., 1972.
- Поттаидова М. К.* Исследование некоторых психических функций у детей, страдающих церебральным параличом в связи с задачами восстановительной терапии: Дис. канд. наук. Л., 1971.
- Психическое развитие воспитанников детского дома / Под ред. И. В. Дубровиной и А. Г. Ружской. М., 1990.
- Пускаева Т. Д.* Об изучении специфики структуры познавательной деятельности детей с задержкой психического развития // Дефектология. 1980. № 3.
- Пылаева Н. М., Ахутина Т. В.* Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у детей 5–7 лет: Методическое пособие. М., 1997.
- Раттер М.* Помощь трудным подросткам. М., 1987.
- Рогов Е. И.* Настольная книга практического психолога в образовании. М., 1996.
- Рубинштейн С. Я.* Психология умственно отсталого школьника. М., 1979.
- Рудестам К.* Групповая психотерапия. СПб., 1998.
- Рыбалко Е. Ф.* Возрастная и дифференциальная психология. Л., 1990.
- Сафадди Х.* Клинико-психологические особенности умственной работоспособности у неуспевающих школьников с задержкой психического развития: Дис. канд. наук. СПб., 1997.
- Сеген Э.* Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно-ненормальных детей. СПб., 1903.
- Семаго Н. Я., Семаго М. М.* Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога. М., 2000.
- Семенова К. А.* Детские церебральные параличи. М., 1968.
- Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я.* Клиническая и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972.
- Семенович А. В.* Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития // Таврический журнал психиатрии. Т. 3. 1999. № 3.
- Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я.* Клиника и реабилитационная терапия церебральных параличей. М., 1972.
- Семерницкая Э. Г.* Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.
- Семья в психологической консультации. Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Сталина. М., 1989.
- Сермягина О. С.* Эмоциональные отношения в семье. Кишинев, 1991.
- Симонова Н. В.* Формирование пространственно-временных представлений у детей с церебральным параличом // Дефектология. 1981. № 4.
- Симеон Т. П.* Неврозы у детей. Их предупреждение и лечение. М., 1958.
- Соловьев И. М.* Восприятие умственно отсталых школьников // Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы. М., 1965.
- Спиваковская А. С.* Нарушение игровой деятельности. М., 1980.
- Спиваковская А. С.* Профилактика детских неврозов. М., 1988.

- Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М. Т. 1, 1955; Т. 2, 1959; Т. 3, 1965.
- Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. М, 1974.
- Тарамыго И. М.* Оценка родителями личностных особенностей подростков с нарушениями поведения: Дипломная работа. СПбГУ, 2002.
- Трошин П. Я.* Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей. СПб., 1916. Т. 1, 2.
- Ушаков Г. К.* Детская психиатрия. М., 1973.
- Фрейд А.* Психология Я и защитные механизмы. М., 1993.
- Фрейд А., Фрейд З.* Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов / Пер. с англ. СПб., 1995.
- Футер Д. С.* Заболевания нервной системы у детей. М., 1967.
- Цзен Н. В., Пахомов Ю. М.* Психотехнические игры. М., 1988.
- Цукерман Б.* Основы невропатологии детского возраста. М., 1947.
- Чавес С.* Социально-психологические особенности семейного воспитания детей с церебральным параличом: Автореф. дис... канд. наук. СПб., 1992.
- Цыпина Н. А.* Ошибки в чтении первоклассников с задержкой психического развития // Дефектология. 1972. № 5,
- Шац И. К.* Психические расстройства у детей, страдающих острым лейкозом: Канд. дисс. Л., 1989.
- Шващара Й.* с соавт. Диагностика психического развития. Прага, 1981.
- Шевченко С. Г.* Особенности знаний и представлений о ближайшем окружении у первоклассников с задержкой психического развития // Дефектология, 1974. № 1.
- Шевченко С. Н.* Онтогенетически ориентированная психотерапия детей и подростков (на модели заикания) // Психокоррекция: теория и практика. М., 1995.
- Шипицына Л. М.* Нейропсихологический анализ высших психических функций у детей с отклонениями в развитии // Тезисы докладов 1-й Международной конференции памяти А. Р. Лурия. М., 1997.
- Шифф Ж. И.* Некоторые особенности наглядного мышления детей-олигофренов// Умственное развитие учащихся вспомогательных школ. М., 1961.
- Шошин П. Б.* Оpoznание простых изображений детьми с задержкой психического развития // Дефектология, 1972. № 4.
- Шулъц.* Аутогенная тренировка. М., 1985.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Семейная психотерапия. Л., 1992.
- Эйдишова М. Б., Правдина-Вишарская Е. Н.* Детские церебральные параличи и пути их преодоления. М., 1959.
- Элькошин Д. Б.* К проблеме переодизации психологического развития в детском возрасте // Вопросы психологии. 1971. № 4.
- Эльконин Д. Б.* Психолого-педагогическая диагностика: проблемы и задачи // Психодиагностика в школе. Таллин, 1980.
- Хейсерман Э.* Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка: Оценка интеллектуального, сенсорного и эмоционального развития. М., 1964.
- Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М, 1983.

- Юнг К. Г.* Конфликты детской души / Пер. с нем. М., 1994.
- Adler A.* What Life Should Mean to You. London, 1932.
- Andresova S., Hamahwa J.,* Socialni adaptace detis juvenilni revmatidni artritidou // Fysiabz. Reumol. Vestn. 1984. Vol. 62.
- Asperger H.* Die «autistischen Psychopatienten» in Kindesalter / Arc. Psychiat. Nervcnkr., 1944.
- Bandura A.* Principles of Behavior Modification. N.Y. 1969.
- Bellak L, Bellak S.* Der Kinder-Apperception-Test. Gottingen, 1949.
- Barker Ph.* Basic Family Therapy. London, 1981.
- Black D.* Depression in Children / Brit. Mef.J., 1987. N 65-70. P. 262-463.
- Botta N., Buttii P.* L'education therapeutique des enfants moteurs cerebraux. Paris, 1958.
- Bowlby J.* The making and breaking of affectional bonds. London-N.Y., 1986.
- Chan J.M.* Preparation for procedures and surgery through play // Paediatrician. 1980.
- Campbell S.* Cognitive styles and behavior problems of clinic boys. Journal of abnormal Child Psychology. 1974. N 2.
- Frank G. H.* The role the family in the development of psychopathology. Psychological Bulletin, 1975.
- Ginot H. G.* Between Parent and Children, N.Y. 1977.
- Henderson J. I.* Cerebral palsy in childhood and adolescence (A medical, psychological and social study). Edinburgh; London, 1961.
- Henoch M., Baston J., Baum J.* Chronic physical illness in Childhood: Psychological and Social Effects in adolescence and adult life // International Congress of Rheumatology, 16th.
- Huber H., Huber H. P.* Ein Beurteilung zur Aufdeckung emotionaler Störungen im Vorschulalter / Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1978., N 27, S. 21-27.
- Jaspers K.* Gesammelte Schriften fuer Psychopathologie. Berlin, 1963.
- Kanner L* Autistic disturbances of affective content / Nervous Child. 2.1943.
- Kastein. S. Hendin J.* Language development in a group of children with spastic hemiplegia // Journal of Pediatrics. 1951. Vol. 39.
- Kipper D.* Psychotherapy Through Clinical Role Playing N.Y. 1986.
- Klien M.* Narrative of Child Analysis. N.Y. 1960.
- Koch H.J.* Uber aktives und zurückgezogen-passives Verhalten im Vorschulalter / Munchen, 1981.
- Littl., Guskey W., Rozenberg A.* Intellectual and emotional problems of children with rheumatic // Pediatrics. 1982. Vol. 69.
- Little W. V.* On the influence of abnormal parturition difficult labour, prematurity and physical condition of the child, especially in relation to deformities. Transaction of the obstetrical society of London, VIII, 1862.
- McFie J.* Intellectual impairment in children with localized post infantile cerebral lesions // J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 1961. V. 24.
- Moreno J. L.* Therapeutic vehicles and surplus reality / Group. Psychotherapy, 1965, N18.
- Oswin M.* Behavior problems among children with cerebral palsy. Bristol: 1967. 93.
- Rank D.* Adaptation of the psychoanalytic technique for treatment of young children with atypical development // American Journal of Orthopsychiatry. 19.1949.
- Rimon R., Belmaker R., Ebstein R.* The psychology of children with rheumatic // Scand. Journal of Rheumatology, 1977. Vol. 6.

*Richardson N.* Effects of physical disability in a child's disability of Himself // Child Development. 1964. Vol. 35.

*Richter H. E.* Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Hamburg, 1972.

*Rogers C* Client-Centered Therapy. Boston. Houghton Mifflin, 1951.

*Rieter M.* Child schizophrenia reconsidered // J. Autism. Child Schizophrenia. 1972. Vol. 2.

*Peres J.* Family Consoling Theory and Practice. N.Y. 1979.

*Saran M.* Assessment of intellectual functioning across the life-span in severe cerebral palsy developmental medicine and child neurology. 1986. Vol 28.

*Schneider K.* Therapist's personal maturity and therapeutic success. How strong is the link // The psychotherapy Patient 1992. Vol. 8. N 3-4.