

Учреждение образования
«Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»

Н. В. Былинская, И. В. Лыбко

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ РАННЕГО РАЗВИТИЯ

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности 1-23 01 04 «Психология»

Брест
БрГУ имени А.С. Пушкина
2019

ВВЕДЕНИЕ

«Диагностика и коррекция раннего развития» является дисциплиной специализации вузовского компонента. Необходимость введения данного учебного курса связана, прежде всего, с потребностями общества, так как диагностикой и коррекцией раннего развития в большей степени занимались медицинские работники, но для уточнения особенностей и оказания своевременной помощи ребенку необходимо задействовать практического психолога.

Содержание курса «Диагностика и коррекция раннего развития» представляет собой не совокупность сведений о здоровых детях и детях с отклонениями в психофизическом развитии, а более сложную систему знания, позволяющего решить задачу самостоятельного построения специалистом практики оказания ребенку психологической помощи.

В общую структуру учебного курса включены лекционные и семинарские занятия.

Методологической основой учебно-методического комплекса явились: общая психология, возрастная психология, клиническая психология, общая психодиагностика.

Учебно-методический комплекс включает теоретический раздел (курс лекций), практический раздел (семинарские занятия), раздел контроля знаний (вопросы к зачету, тестовые материалы для самопроверки), вспомогательный раздел (литературные источники, элементы учебной программы).

Целью учебно-методического комплекса является практическая подготовка будущих психологов к решению наиболее распространенных проблем диагностики и коррекции психического развития детей раннего и дошкольного возраста.

Данная цель предполагает решение ряда задач, а именно:

- осознание нормативов психического развития для детей от рождения и до школы;
- ознакомление с типами отклоняющегося развития;
- освоение основных методов диагностики, используемых в практической деятельности психолога;
- знакомство с различными типами коррекционных программ;
- стимулирование готовности будущих психологов применять имеющиеся теоретические знания для реальной психологической помощи детям и их родителям;
- развитие самостоятельности и гибкости профессионального мышления специалистов.

В результате изучения дисциплины студент должен *знать*:

- основные принципы диагностико-коррекционной работы психолога;
- типичные проблемы развития на ранних этапах онтогенеза;
- типы отклоняющегося развития;
- теоретические основания конструирования коррекционных программ для разных психологических проблем;
- методологические основания ведущих методов коррекционной работы.

В результате изучения дисциплины студент должен *уметь*:

- определять психологическую проблему как предмет коррекционной работы;
- проводить психодиагностическое обследование детей раннего возраста и составлять по его итогам заключение;
- планировать коррекционную работу в зависимости от результатов диагностического исследования;
- осуществлять оценку результативности проведенной диагностико-коррекционной работы.

В результате изучения дисциплины студент должен *владеть*:

- навыками осуществления диагностического обследования;
- умениями обработки диагностических данных;
- основными технологиями разработки коррекционно-развивающих программ;
- различными методами коррекционной работы.

Программа учебной дисциплины «Диагностика и коррекция раннего развития» и содержание учебно-методического комплекса соответствует образовательному стандарту, утвержденному и введенному в действие постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88. Методологическим основанием учебного курса являются: теория познания, общая психология, психология развития, история психологии, психология личности. Методологическими особенностями дисциплины «Диагностика и коррекция раннего развития» являются принцип активного творческого мышления, направленность обучения на формирование знаний, умений и навыков, необходимых для практической деятельности психолога.

В процессе преподавания дисциплины «Диагностика и коррекция раннего развития» используются следующие *методы обучения*: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения материала, частично-поисковый и исследовательский методы, а также дискуссии, диалоги, круглые столы, групповые обсуждения, игровые технологии (деловые, ролевые игры).

Формы контроля знаний:

- опрос;

- выполнение практических заданий и упражнений, решение психологических задач и ситуаций в рамках семинарских занятий;
- участие в работе поисковых семинарских занятий в микрогруппах;
- подготовка тематических сообщений по заданию преподавателя;
- публичное обсуждение выполненных работ.

В соответствии с учебным планом для специальности 1-23 01 04 Психология на дисциплину «Диагностика и коррекция раннего развития» для дневной формы получения высшего образования отводится 108 часов, из них 70 часов аудиторных занятий: лекций – 30 часов, практических занятий – 40 часов. Изучение данной дисциплины осуществляется на 3 курсе в 6 семестре. Итоговая аттестация осуществляется в форме зачета в 6 семестре.

Учебная нагрузка по дисциплине для дневной формы получения высшего образования составляет:

Се- местр	Общее количество часов по дисциплине	Всего аудиторных часов	В том числе		
			лекций	практических	лабораторных
VI	108	70	30	40	–
Итого	108	70	30	40	–

В соответствии с учебным планом для специальности 1-23 01 04 Психология на дисциплину «Диагностика и коррекция раннего развития» для заочной формы получения высшего образования отводится 108 часов, из них 18 часов аудиторных занятий: лекций – 14 часов, практических занятий – 4 часа. Изучение данной дисциплины осуществляется на 5 курсе в 9,10. Итоговая аттестация осуществляется в форме зачета в 10 семестре.

Учебная нагрузка по дисциплине для заочной формы получения высшего образования составляет:

Се- местр	Общее количество часов по дисциплине	Всего аудиторных часов	В том числе		
			лекций	практических	лабораторных
IX		8	6	2	–
X	108	10	8	2	–
Итого	108	18	14	4	–

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Диагностика и коррекция как виды психологической помощи и психологического сопровождения

Виды диагностики: скрининговая, углубленная, динамическая и итоговая.

Принципы проведения психодиагностического обследования: знание психодиагностического инструментария, квалификация исследователя, использование различных методов, гибкость в проведении обследования и уточнении гипотезы, конфиденциальность результатов и др.

Этапы психодиагностического обследования. Получение заказа и формулирование проблемы. Подбор психодиагностического инструментария. Обследование. Анализ полученных данных. Установление психологического диагноза. Вероятностный прогноз развития. Рекомендации.

Место психодиагностики в психолого-педагогическом сопровождении детей с нарушениями развития. Задачи ППД: выявление детей с проблемами в развитии, определение их образовательных потребностей; определение путей коррекции и компенсации нарушений; определение оптимального педагогического маршрута.

Тема 2. Диагностика и коррекция в системе психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями развития

Психолого-педагогическая диагностика и ее значение для организации психокоррекционных, психопрофилактических мероприятий, психолого-педагогического консультирования и поддержки семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями развития.

Психолого-педагогический консилиум (ПМПк) образовательного учреждения: состав, задачи, организация и содержание деятельности, документация.

Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК). Нормативно-правовая база деятельности. Цель, задачи, состав, организация работы. Оборудование для обследования детей. Документация. Особенности изучения детей в ПМПК. Психолого-педагогический диагноз.

Психолого-медико-педагогическая консультация. Задачи, организация и содержание работы.

Тема 3. Психическое развитие и его основные характеристики

Сущность психического развития. Понятие психического развития. Его основные характеристики (закономерность, необратимость, универсальность и др.). Основные теории развития (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, Э. Эриксон, Ж. Пиаже и т.д.): отличия в понимании содержания пси-

хического развития. Основные условия психического развития: наследственность, окружающая среда и собственная активность.

Норма психического развития. Понятие «норма» в психологии. Кривая нормального распределения Гауса как способ получения нормы. Относительность нормы. Конкретно-историческая природа нормы и зависимость содержания понятия «норма развития» от теоретической ориентации психолога. Социально-психологический норматив (К.М. Гуревич) и его содержание.

Тема 4. Отклоняющееся психическое развитие

Общая характеристика отклоняющегося психического развития. Различные классификации (патопсихология, дефектология, нейропсихология и др. смежные дисциплины). Сложность терминологии и определение рабочих понятий: сохранные, отсутствующие, недоразвитые, нарушенные, поврежденные функции. Первичный, вторичный и третичный дефект (Л.С. Выготский). Закономерности отклоняющегося психического развития.

Причины и факторы отклоняющегося развития. Биологические причины: врожденные и приобретенные особенности. Наследственные и ненаследственные аномалии. Социальные факторы нарушения хода психического развития. Виды депривации: сенсорная, когнитивная, эмоциональная, социальная.

Тема 5. Психическое недоразвитие: дети с интеллектуальной недостаточностью. Задержанное психическое развитие

Общая характеристика психического недоразвития (умственной отсталости, интеллектуальной недостаточности). Классификации умственной отсталости. Олигофрения как медицинская модель данного типа отклоняющегося развития. Недоразвитие мозга как основной дефект. Основные законы: тотальность и иерархичность психического недоразвития. Анамнез психического недоразвития. Особенности проявления дефекта в различные возрастные периоды. Основные задачи коррекции.

Задержанное психическое развитие. Причины замедления темпа психического развития. Отличия от детей с психическим недоразвитием. Симптомы проявления задержки развития в познавательной и эмоционально-волевой сферах психического. Две основные формы: органический и интеллектуальный инфантилизм. Психологическая помощь детям с ЗПР.

Тема 6. Поврежденное и дефицитарное психическое развитие

Поврежденное психическое развитие. Перенесенная вредность после 2-3 лет как основной дефект. Две формы деменции: резидуальная и прогрессирующая. Парциальность расстройств. Сложности диагностики.

Дефицитарное психическое развитие. Недостаточность отдельных систем как первичный дефект. Основные формы: недостаточность зрения, слуха и ДЦП. История изучения ДЦП. Значение ранней диагностики и коррекции дефицитарного психического развития. Закономерности психического развития и структура нарушения при дефицитарном психическом развитии. Психическое развитие детей с нарушениями зрения. Психическое развитие незлышащих, слабослышащих детей в раннем возрасте и дошкольном возрасте. Развитие личности детей с дефицитарным психическим развитием. Психологическая помощь детям с поврежденным и дефицитарным психическим развитием.

Тема 7. Искаженное и дисгармоничное психическое развитие

Общая характеристика детского аутизма и аутистических нарушений. Нарушение эмоциональных связей с окружением как первичный дефект. Основные признаки детей с РДА. История изучения аутизма. Симптоматика проявлений РДА. Парадоксальность общей картины психического развития и сложности диагностики. Основные направления коррекции.

Дисгармоничное психическое развитие. Нарушение эмоционально-волевой сферы как первичный дефект. Дисгармония между интеллектуальной и эмоциональной сферами. Основные виды проявлений (психопатии и отклонение темпа полового созревания). Психологическая характеристика психопатий. Клинические классификации психопатий. Основные направления коррекционной работы при дисгармоничном психическом развитии.

Тема 8. Методы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей

Психологические средства диагностики нарушений развития. Основные методы ППД – наблюдение, эксперимент. Дополнительные методы – анализ документации, беседа, тестирование, анализ продуктов деятельности ребенка. Экспериментально-психологические методики изучения познавательной деятельности и личности. Методы изучения речи. Проективные тесты: их место в изучении ребенка с отклонениями в развитии. Особенности обследования детей в зависимости от возраста и характера нарушений (сенсорные, моторные, речевые).

Тема 9. Психологическая диагностика развития детей от рождения до 1 года

Общая характеристика периода новорожденности. Показатели развития младенца и параметры диагностики. Физическое и сенсомоторное развитие. Когнитивное и речевое развитие в младенчестве.

Новообразования возраста. Социальная ситуация развития младенца. Признаки нарушений нервно-психического развития в младенчестве. Психодиагностический инструментарий (шкала развития младенца Bayley, поведенческий тест новорожденных Graham, тест развития детей 1го года жизни Баженовой). Содержание работы с детьми первого года жизни. Особенности психомоторного развития детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы.

Тема 10. Психологическая диагностика детей раннего возраста

Общая характеристика периода раннего детства. Показатели развития ребенка и параметры психологической диагностики детей раннего возраста. Физическое развитие в раннем детстве. Социальная ситуация развития и новообразования возраста. Ведущий вид деятельности. Развитие познавательных процессов и эмоциональной сферы детей раннего возраста. Речевое развитие. Нарушения речи. Признаки нарушений нервно-психического развития в раннем возрасте. Содержание работы с детьми раннего возраста. Особенности психомоторного развития детей раннего возраста с органическими поражениями центральной нервной системы.

Тема 11. Психологическая коррекция как особый вид психологической помощи

Виды коррекции. Различные классификации коррекционной работы: по форме (индивидуальная и групповая), по содержанию (познавательных процессов, личностных качеств, нейропсихология, семейная психокоррекция и др.), по характеру направленности психокоррекционных воздействий (симптоматическая и каузальная), по способу коррекционных воздействий (директивная и недирективная и др.).

Основные принципы коррекционной работы: иерархичности, системности, комплексности, опоры на активность самого ребенка и др. Единство диагностики и коррекции. Примерное планирование коррекционной работы.

Контроль за ходом психического развития как основная задача психолога в системе образования. Проблемы соотношения диагностической и коррекционной работы в деятельности психолога. Требования, предъявляемые к психологу, осуществляющему психокоррекционные мероприятия.

Тема 12. Арт-терапия как метод психологической коррекции

Цели арт-терапии и области решаемых проблем развития. Отличия арт-терапии от других методов коррекционного воздействия. Основные направления в арт-терапии: музыкотерапия, библиотерапия, проективный

рисунок, куклотерапия, сказкотерапия. Принципы организации арт-терапевтической группы. Основные этапы занятия.

Природные материалы как средство психокоррекции. Песочная терапия. Принципы организации и коррекционные возможности.

Тема 13. Игровая терапия

Основные механизмы коррекционного воздействия игры. Основные направления игротерапии (психоаналитическое и клиент-центрированное). Виды игротерапии: отреагирования, построения отношения и др. Игровая комната и ее оснащение. Игрушки и материалы. Требования к личности игрового терапевта. Интерактивные игры в коллективе: для релаксации, для повышения самооценки, для развития группового сотрудничества.

Тема 14. Методы поведенческой коррекции.

Метод систематической десенсибилизации и сенсibilизации. Показания для проведения и процедуры (повышенная тревожность, фобии, реакция избегания и др.). Иммерсионные методы преодоления страхов: метод наводнения, метод имплозии, парадоксальная интенция (В. Франкл). «Жетонные» программы как методы модификации поведения. Методы поведенческой коррекции в работе с детьми с особенностями психофизического развития.

Тема 15. Психогимнастика

Психогимнастика как метод реконструктивной коррекции. Цели психогимнастики и показания к проведению. Структура психогимнастического занятия. Подготовительная часть (упражнения на развитие внимания и сотрудничества). Пантомимическая часть и основные темы (преодоление трудностей, привычные жизненные ситуации, моя семья, «Я», запретный плод и др.). Снятие напряжения как основная цель заключительной части психогимнастики. Психогимнастика в коррекционной работе с детьми раннего развития.

Тема 16. Коррекционная работа с детьми с аутизмом

Определение и признаки раннего детского аутизма (РДА). Виды и специфика развития.

Особенности установления контакта с аутичным ребенком. Способы усиления психологической активности детей, стимулирование детей к повторению действия, подражанию, развитию приемов самообслуживания. Методы организации целенаправленного поведения аутичного ребенка, разыгрывание интеллектуальных и социальных игр, приближенных к реальности.

Тема 17. Коррекционная работа со слабовидящими и слабослышащими детьми

Определение уровня развития и выявление структуры дефекта. Особенности психического и психологического развития детей с особенностями зрения и слуха (особенности внимания, памяти, мышления, восприятия, физического и речевого развития). Направления профилактической и коррекционной работы, направленной на нормализацию ослабленных функций ребенка.

Тема 18. Коррекционная работа с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Этиология и патогенез детского церебрального паралича. Характеристика нарушений двигательных функций у детей. Специфические отклонения в психическом развитии нарушения, особенности формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности, структура интеллектуального дефекта.

Основные цели и принципы коррекционной работы при ДЦП.

Тема 19. Коррекционная работа с детьми с умственной отсталостью

Понятие умственной отсталости и задержки психического развития (ЗПР). Виды и основные критерии. Дифференциальная диагностика умственной отсталости и ЗПР. модели диагностики умственной отсталости (психометрическая, функциональная и нейропсихологическая).

Основные задачи коррекционно-воспитательной работы с умственно отсталыми детьми. Методы и способы активизации познавательной деятельности, формирования навыков самообслуживания, нормативного поведения. Упражнения, способствующие сенсорному развитию.

Тема 20. Психокоррекционная работа с родителями, воспитывающих детей с нормальным и отклоняющимся развитием

Характеристика семьи, имеющей ребенка с особенностями психофизического развития. Влияние личности родителя на личность ребенка. Семейное неблагополучие и дети. Отклоняющееся поведение как следствие педагогических ошибок родителей.

Методы диагностики детско-родительских отношений. Основные типы детско-родительских отношений и их влияние на развитие ребенка.

Методы коррекции детско-родительских и семейных отношений. Формирование особенностей психики и поведения детей в зависимости от стиля родительского отношения. Виды нарушений в семейном воспитании:

гиперопека и гипоопека, противоречивое воспитание. Общая схема диагностического процесса в работе с семьей. Семейное консультирование как одно из направлений работы с семьей. Основы коррекционной работы с семьей: родительские коррекционные группы. Психологическая помощь семье ребенка с проблемами в развитии.

Примерный тематический план

№	Наименование разделов, тем	Всего	Количество аудиторных часов	
			в том числе	
			лекционных	семинарских
<i>Дневная форма получения образования</i>				
1	Диагностика и коррекция как виды психологической помощи и психологического сопровождения	4	2	2
2	Диагностика и коррекция в системе психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями развития	4	2	2
3	Психическое развитие и его основные характеристики	4	2	2
4	Отклоняющееся психическое развитие	4	2	2
5	Психическое недоразвитие: дети с интеллектуальной недостаточностью. Задержанное психическое развитие	4	2	2
6	Поврежденное и дефицитарное психическое развитие	4	2	2
7	Искаженное и дисгармоничное психическое развитие	4	2	2
8	Методы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей	4	2	2
9	Психологическая диагностика развития детей от рождения до 1 года	4	2	2
10	Психологическая диагностика детей раннего возраста	4	2	2
11	Психологическая коррекция как осо-	4	2	2

	бый вид психологической помощи			
12	Арт-терапия как метод психологической коррекции	4	2	2
13	Игровая терапия	4	2	2
14	Методы поведенческой коррекции	4	2	2
15	Психогимнастика	4	2	2
16	Коррекционная работа с детьми с аутизмом	2	–	2
17	Коррекционная работа со слабовидящими и слабослышащими детьми	2	–	2
18	Коррекционная работа с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата	2	–	2
19	Коррекционная работа с детьми с умственной отсталостью	2	–	2
20	Психокоррекционная работа с родителями, воспитывающих детей с нормальным и отклоняющимся развитием	2	–	2
	Итого	70	30	40
<i>Заочная форма получения образования</i>				
1	Диагностика и коррекция как виды психологической помощи и психологического сопровождения	2	2	–
2	Психическое развитие и его основные характеристики	2	2	–
3	Отклоняющееся психическое развитие	2	2	–
4	Психологическая диагностика развития детей от рождения до 1 года	2	2	2
5	Психологическая диагностика детей раннего возраста	2	2	2
6	Психологическая коррекция как особый вид психологической помощи	2	2	–
7	Психокоррекционная работа с родителями, воспитывающих детей с нормальным и отклоняющимся развитием	2	2	–
	Итого	18	14	4

КУРС ЛЕКЦИЙ

1 Диагностика и коррекция как виды психологической помощи и психологического сопровождения

1. Виды диагностики: скрининговая, углубленная, динамическая и итоговая.
2. Принципы проведения психодиагностического обследования.
3. Этапы психодиагностического обследования. Место психодиагностики в психолого-педагогическом сопровождении детей с нарушениями развития.

1. Виды диагностики: скрининговая, углубленная, динамическая и итоговая

Психодиагностика – это область психологической науки и важнейшая форма психологической практики, которая связана с разработкой и использованием разнообразных методов распознавания индивидуально-психологических особенностей человека.

Термин «диагностика» образован от греческих слов «dia» и «gnosis» и истолковывается как «различительное познание». Необходимо отметить, что данный термин используется не только в психологии, но и в других науках: педагогических, медицинских, технических и пр. Согласно современному общенаучному представлению диагностика – это распознавание состояния определенного объекта или системы путем регистрации его существенных параметров, последующего соотнесения к определенной диагностической категории с целью прогноза его поведения и принятия решения о возможностях воздействия на это поведение в желательном направлении. Другими словами, диагностика – это наблюдение и регистрация диагностических признаков объекта или системы, отнесение их к определенной диагностической категории.

Психологическая диагностика – деятельность специалиста по выявлению психологических причин проблем, трудностей в развитии, обучении и воспитании отдельных детей, а также определение особенностей развития их интересов, способностей, познавательной сферы и т.д.

В профессиональной деятельности психолог использует следующие виды диагностики.

1. Скрининговая. Скрининг предполагает предварительное изучение свойств личности, что позволяет выявить детей с особенностями психофизического развития, детей «средней нормы» и высоким потенциалом развития. На основе данных скрининга можно обозначить ряд педагогических и социальных проблем обучающихся.

Скрининг, как форма реализации деятельности в рамках диагностического блока, представляет собой специфическую деятельность психолога в отношении детей разных возрастных групп. Скрининговая диагностика позволяет при минимальных временных затратах оценить различные индивидуально-типологические свойства личности. Результаты скринингового исследования вносятся в разработанные карты индивидуального развития ребенка, а также обсуждаются на заседаниях медико-социального психолого-педагогического консилиума. Кроме этого, результаты скрининговой диагностики используются специалистом при организации индивидуального и группового консультирования взрослых, взаимодействующих с обследуемыми детьми.

2. *Углубленная* диагностика должна выявлять причины трудностей и их описание. Углубленное психодиагностическое обследование используется при исследовании сложных случаев и включает применение индивидуальных клинических процедур. Такая форма работы проводится по результатам первичной диагностики либо, как правило, является обязательным компонентом консультирования родителей по поводу реальных трудностей в развитии ребенка. Углубленное психодиагностическое обследование имеет индивидуальный характер с использованием более сложных диагностических процедур с предварительным выдвижением гипотез о возможных причинах выявленных (или заявленных) трудностей, с обоснованием выбора стратегии и методов обследования.

К основным этапам углубленной диагностики можно отнести:

- подготовку к проведению обследования;
- углубленное диагностическое обследование (ознакомления с историей развития, анализ продуктов деятельности ребенка, проведение обследования в соответствии с поставленной целью);
- анализ полученных результатов;
- составление заключения по результатам обследования;
- рекомендации по дальнейшему сопровождению ребенка.

Прежде чем начинать проводить углубленную диагностику, необходимо детально познакомиться со всеми материалами, которые есть относительно данного ребенка (заключения специалистов на ребенка, если таковые имеются; характеристики его отношения со сверстниками, воспитателями и родителями; специфика внутрисемейных отношений и пр.).

На основе имеющихся данных (в том числе выявленные и другими специалистами) строится исходная диагностическая гипотеза психологического обследования, в соответствии с которой гипотезой определяется необходимый диагностический инструментарий.

Длительность углубленного обследования зависит от темпа деятельности ребенка, его возраста, других условий. Если психолог видит сниже-

ние работоспособности ребенка, снижение общего уровня психической активности, а также снижение темповых характеристик и / или проявления негативизма, отсутствие интереса к заданиям, допускается либо сократить процедуру обследования, либо разделить весь объем работы на две-три встречи.

3. *Динамическая* (или текущая) диагностика направлена на оценку проводимых коррекционно-развивающих мероприятий, хода психического развития и т.п. Обычно основными методами выступают наблюдение и экспертная оценка (например, мнение родителя об изменениях поведения ребенка и т.п.).

4. *Итоговая диагностика* оценивает состояние ребенка либо в конце определенного этапа развития, либо по завершению цикла коррекционно-развивающей работы.

2. Принципы проведения психодиагностического обследования

Любое психодиагностическое обследование может существенно повлиять на судьбу человека. Поэтому во всех странах, где психодиагностическая практика широко и интенсивно развивается, она регламентируется как общим профессионально-этическим кодексом, так и специально разработанными профессионально-этическими стандартами в области тестирования и психодиагностики. Любой член психологического общества должен строго соблюдать кодекс и стандарты, поскольку психолог несет всю полноту ответственности за возможный моральный и косвенный материальный ущерб, в том числе ущерб для соматического и нервно-психического здоровья, который может быть причинен клиенту при неправильном проведении обследования.

1. Принцип специальной подготовки и аттестации лиц, использующих психодиагностические методики.

Требование, чтобы диагностические методики использовались только достаточно квалифицированными пользователями, является первым шагом по защите индивида от их неправильного использования.

Психолог должен выбирать методики, которые подходят как для конкретной цели, с которой он проводит обследование, так и для конкретного человека, которого он обследует (например, особенности личности, поведения, общения, возможности, способности и пр.).

Психолог также должен знать соответствующую научную литературу, касающуюся выбранной методики, и быть способным оценить технические параметры таких ее характеристик, как репрезентативность норм, надежность, валидность, достоверность.

Известно, что результаты диагностики чувствительны ко множеству условий ее проведения. Психодиагност в подписываемом им заключении

должен зафиксировать, что все необходимые методические условия были соблюдены. Психолог делает выводы и дает рекомендации с учетом диагностической информации, полученной другими специалистами (логопедом, воспитателем, неврологом и др.).

2. Знание границ своей компетентности.

Психолог не должен предлагать свои услуги там, где это невозможно, а также не использовать методики, которые не удовлетворяют профессиональным стандартам, установленным в отдельных областях практики и для определенных категорий методик.

Как правило, в большинстве развитых стран получения диплома о высшем психологическом образовании еще недостаточно для получения права на психологическую практику. Для получения соответствующей лицензии кандидат проходит процедуру аттестации, включающую специальные экзамены и анализ опыта работы по использованию психодиагностических методик.

3. Принцип личной ответственности.

Если психолог привлекает к определенным работам по выполнению психодиагностического обследования каких-то исполнителей, не являющихся аттестованными специалистами в области психодиагностики (в частности, педагогов, воспитателей, родителей), то вся полнота ответственности за правильность проведения методики и корректность интерпретации и использования ее результатов целиком лежит именно на психологе.

4. Принцип ограниченного распространения психодиагностических методик.

Согласно этому принципу, сертифицированные психологическим обществом профессиональные психодиагностические методики могут распространяться только среди аттестованных специалистов.

Этот принцип тесно связан с предыдущим и имеет двоякую цель: неразглашение содержания методик и предупреждение их неправильного применения. Доступ к таким методикам должен быть ограничен теми людьми, кто имеет профессиональную заинтересованность и гарантирует их правильное использование, то есть они должны быть доступны только тем специалистам, которые будут проводить психологическую диагностику и отвечать за достоверность ее результатов.

5. Принцип обеспечения суверенных прав личности.

Согласно данному принципу, человек не должен подвергаться какому-либо обследованию обманным путем. Перед обследованием должен быть предупрежден, кто будет иметь доступ к результатам обследования и какие решения могут быть и приняты. В том случае, если обследованию

подвергаются несовершеннолетние дети, такое предупреждение должны совершенно официально получить родители.

6. Принцип объективности.

Обследование должно быть абсолютно беспристрастным. На его исполнителя не должны оказывать влияние общие впечатления о личности обследуемого: симпатии или, наоборот, антипатии, равно как и собственное состояние или настроение.

К сожалению, этот принцип слишком часто нарушается лицами, не имеющими специальной подготовки для проведения психодиагностических обследований и не обладающими необходимыми элементами самоуважения в своем профессиональном самосознании и практическими навыками корректного, доброжелательно-нейтрального общения с испытуемым. Например, доброжелательное отношение к испытуемому ни в коем случае не может выразиться в появлении подсказок и других форм прямой помощи, искажающей результаты. С другой стороны, любые ошибки испытуемого, которые говорят о том, что испытуемый просто не понял инструкцию к тесту, должны быть тут же скорректированы.

7. Принцип конфиденциальности

Вся информация, получаемая в процессе обследования, должна быть строго конфиденциальной: она должна быть доступна только для тех, для кого она предназначена.

В отличие от предыдущей проблемы в данном случае вопрос стоит о том, кому и в какой форме психолог может сообщать информацию по результатам обследования.

Психолог должен обеспечить такое преподнесение информации, чтобы взрослые, взаимодействующие с ребенком, осознавали свою личную ответственность за, возможно, отличающиеся от их ожиданий результаты диагностического обследования.

8. Принцип психопрофилактического изложения результатов.

При сообщении результатов диагностики должны быть соблюдены меры предосторожности, направленные:

- против неправильного использования полученных данных;
- неверной интерпретации;
- возможного появления невротически-депрессивных реакций или обострения депрессивного состояния.

Результаты диагностики должны быть преподнесены по возможности в ободряющем формате, не травмирующем психику и негативно влияющем самооценку обследуемого. Во всех своих профессиональных действиях психолог следует главному принципу этического кодекса «Не навреди!».

3. Этапы психодиагностического обследования. Место психодиагностики в психолого-педагогическом сопровождении детей с нарушениями развития.

Психодиагностическое обследование – это деятельность психолога, конечным результатом которой является психологический диагноз. Эта деятельность включает в себя ряд этапов:

- 1) изучение практического запроса;
- 2) формулировку психологической проблемы;
- 3) выдвижение гипотез о причинах наблюдаемых явлений;
- 4) выбор метода, методики исследования;
- 5) проведение диагностики;
- 6) формулировка психологического диагноза, которая должна обязательно содержать и прогноз дальнейшего развития ребенка, причем прогноз в двух направлениях: при условии, если с ребенком будет проведена своевременная работа, и при условии, если такой работы с ним своевременно проведено не будет;
- 7) разработка рекомендаций, программы психокоррекционной или развивающей работы с ребенком;
- 8) осуществление этой программы, контроль за ее выполнением.

Психодиагностическое обследование не является для психолога самоцелью. Психологическая деятельность всегда включена в широкий круг профессиональных задач. Основная проблема, с которой сталкивается психолог, заключается в правильном планировании этого обследования, причем планирование должно учитывать задачи и реальные условия их выполнения. При планировании психодиагностического обследования психолог должен знать для чего необходимо его проводить, какие результаты могут быть получены, какие средства и методики целесообразно использовать для этого вида профессиональной деятельности.

Даже при соблюдении всех условий проведения психологического обследования начинать совместную работу с ребенком лучше всего с эмоционально нейтральной, малозначащей беседы, во время которой можно не только установить контакт с ребенком, но и выявить знания ребенка о себе, составе семьи, уровень общих представлений об окружающем мире.

При проведении обследования лучше, если ребенок находится не через стол от психолога (принцип избегания позиции «глаза в глаза»), а рядом или сбоку. В этом случае контакт устанавливается быстрее, а общение становится более продуктивным. В процессе работы с ребенком не допускаются какие-либо комментарии или оценки со стороны психолога, обращенные не только родителям, но и к коллегам, присутствующим на обследовании. Более того, психолог должен корректно пресекать все оценочные высказывания родителей, обращенные к ребенку.

В процессе обследования необходимо поддерживать положительный контакт с ребенком. В случае любого выполнения задания нужно давать подкрепления короткими фразами: «Молодец», «У тебя получается». Также допускаются подобные поощрения со стороны родителей. В случае расторможенного, гипердинамичного поведения ребенка нельзя резко и прямо одергивать его, лучше убрать со стола посторонние вещи, методики, которые в данный момент не используются, чтобы они не отвлекали ребенка.

Для оптимизации процесса диагностического обследования психолог должен решить ряд технических вопросов, а именно: выбор помещения, определение удобного времени обследования, подготовка доступного диагностического инструментария, который он будет использовать, подготовка бланков и необходимых канцелярских принадлежностей (бумага, ручка, карандаш, ластик и пр.), подготовка выборки и составление программы диагностики в соответствии с выдвинутой гипотезой.

В системе комплексной психодиагностики особое внимание уделяется проблеме создания программы методик. Во-первых, она должна быть направленной на решение конкретной задачи и на объективное измерение состояния индивида (или группы) в данный момент времени. Во-вторых, программа методик должна включать инструкцию, само содержание (текст) методики, ключ и интерпретацию данных. Необходимо отметить, что в реальной практике диагностики иногда приходится менять либо состав методик, включенных в программу, либо корректировать способ проведения методики. Подобные изменения в программе обследования должны осуществляться с учетом валидности и надежности психодиагностического инструментария.

При комплектовании методик в программу следует учесть последующий эффект применения методик. Не следует на первых этапах применять методики высокой степени открытости т.к. это вызывает негативизм у клиента и срабатывают механизмы психологической защиты. Необходимо постепенное наращивание глубины диалога с клиентом, укрепление доверия и установления обратной связи.

Кроме этого, необходимо подбирать методики таким образом, чтобы получить возможность качественной интерпретации и количественной обработки полученных данных. Для этой цели применяются стандартизированные измерительные методики, которые дают возможность получить информацию о клиенте достаточно быстро и не требуют высокой квалификации психолога.

Завершающей частью обследования должна стать обязательная положительная оценка деятельности ребенка со стороны специалиста. Можно расспросить ребенка о наиболее понравившихся и о наиболее неприятных моментах обследования. Это позволяет получить дополнительные

сведения не только о критичности ребенка, но в ряде случаев может характеризовать и мотивационный аспект его деятельности, в том числе ведущий тип мотивации. Точно также можно расспросить ребенка, не были ли ему неприятны какие-либо из задаваемых вопросов или обсуждаемых тем.

Конечным результатом диагностической деятельности психолога является психологический диагноз.

Предмет психологического диагноза – установление индивидуально-психологических различий в норме и патологии. Важнейшим элементом психологического диагноза является необходимость выяснения в каждом отдельном случае того, почему данные проявления обнаруживаются в поведении обследуемого, каковы их причины и следствия.

Л.С. Выготский выделял три уровня диагноза:

1. Диагноз симптоматический (эмпирический). Ограничивается констатацией определенных особенностей или симптомов, на основании которых делаются практические выводы, исследователь лишен возможности указать на их причины и место в структуре личности. Л.С. Выготский отмечает, что такой диагноз не является собственно научным, ибо установление симптомов никогда автоматически не приводит к диагнозу.

2. Этиологический диагноз. Учитывает наличие не только определенных особенностей (симптомов), но и причины их возникновения.

3. Типологический диагноз. Он заключается в определении места и значения полученных данных в целостной, динамической картине личности с учетом ее сложной структуры.

Согласно Л.С. Выготскому, содержание прогноза и диагноза совпадает, но прогноз строится на умении настолько понять «внутреннюю логику самодвижения процесса развития, что на основе прошлого и настоящего намечается путь развития». Л.С. Выготский рекомендовал разбивать прогноз на отдельные периоды и прибегать к длительным повторным наблюдениям.

Формулировка психологического диагноза включает описание:

1) общего уровня психического развития человека и преобладания в общей структуре личности тех или иных психологических особенностей;

2) осознаваемых или неосознаваемых психологических проблем и субъективное отношение личности к переживаниям;

3) оценки общего адаптационного потенциала, на который могла бы опереться позитивная психологическая коррекция или психотерапия.

При сообщении клиенту (заказчику) результатов психодиагностического исследования психолог должен установить с ним контакт, уточнив цель взаимодействия. Кроме этого, специалист должен стремиться получить от клиента обратную связь, по содержанию которой он определяет отношение клиента к информации и к нему самому как источнику инфор-

мации. Информацию необходимо сообщать в адекватной форме, понятным языком, доступно и безоценочно.

Конечным этапом диагностики является итоговое заключение, в содержание которого включаются все доступные диагносту данные, как тестовые, так и данные из других источников.

Различают следующие виды психологических заключений.

1. *Описательное* заключение – содержит описание личности без определения направленности, соответствует психологической характеристике.

2. *Оценочное* заключение – в соответствии с заданными критериями психолог выражает в нем свое профессиональное отношение к личности обследуемого.

3. *Консультативное* заключение – на основании анализа личности обследуемого предлагаются рекомендации, направленные на коррекцию или развитие его личности.

По мнению А. Анастаси, заключение не должно иметь какой-то стандартной формы. Стилистика и содержание текста заключения, как правило, зависят от теоретических установок и специализации психолога. Заключение должно быть изложено на понятном языке для того, кому оно адресовано (педагогу, родителю, другому специалисту-психологу или клиенту). В заключении указывается цель диагностического обследования и даются рекомендация относительно программ коррекции, типа сопровождения и т.п. Содержание заключения состоит из интерпретации данных и выводов, при этом записи тестов и другие данные могут прилагаться отдельно. Описательная оценка действий индивида и сама система оценок должны быть четкими. Каждое заключение обычно составляется как ответ на поставленный заказчиком вопрос.

Примерный алгоритм заключения.

1. Описание проблем, жалоб индивида (например, на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания, утомляемости).

2. Описание плана и программы диагностики.

3. Краткое описание специфики работы испытуемого с методиками (уровень сопротивления, защитные реакции, заинтересованность в исследовании, критичность в самооценке).

4. Ответ на конкретный вопрос заказчика, который излагается в виде отдельных положений, доказывающих или опровергающих исходную гипотезу, и иллюстрируются данные тестирования.

5. Резюмируются наиболее важные данные, полученные при тестировании.

В зависимости от характера деятельности практического психолога его заключение по результатам диагностического обследования имеет

свою специфику (в области психологии труда, в области клинической психодиагностики и т.д.).

2 Диагностика и коррекция в системе психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями развития

1. Психолого-педагогический консилиум (ПМПк) образовательного учреждения: состав, задачи, организация и содержание деятельности, документация.

2. Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК).

1. Психолого-педагогический консилиум (ПМПк) образовательного учреждения: состав, задачи, организация и содержание деятельности, документация

В состав ПМПк входят: учителя и воспитатели школьного (или дошкольного) образовательного учреждения, имеющие большой опыт работы с детьми; учителя (воспитатели) специальных (коррекционных) классов (групп); психолог; педагог-дефектолог; логопед; врач-педиатр (невропатолог, психиатр); медицинская сестра. Председателем ПМПк является заместитель руководителя образовательного учреждения по учебно-воспитательной работе. Общее руководство ПМПк возлагается на руководителя образовательного учреждения.

ПМПк строит свою деятельность в соответствии с Уставом образовательного учреждения, договором с родителями, договором с психолого-медико-педагогической консультацией-комиссией (ПМПК), куда в случае необходимости можно направлять ребенка для уточнения диагноза и решения вопроса о типе образовательного учреждения, форме и программе его дальнейшего обучения и воспитания.

Основная цель ПМПк – обеспечение в образовательном учреждении диагностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения детей с отклонениями в развитии, создание условий для их обучения и воспитания.

Для реализации этой цели необходимо решение следующих задач:

- своевременное выявление и всестороннее комплексное обследование детей, имеющих те или иные отклонения в психофизическом развитии;
- установление характера и причин выявленных отклонений (девиантное поведение, конфликтные ситуации во взаимодействии со сверстниками и взрослыми, снижение успеваемости и т.д.);
- определение потенциальных возможностей ребенка для оказания ему целенаправленной специальной (коррекционной) помощи в условиях

данного образовательного учреждения либо направление его в психолого-медико-педагогическую консультацию на комиссию для решения вопроса о месте дальнейшего обучения и воспитания (определение типа учреждения, формы обучения, оптимальной для ребенка, учебно-воспитательной программы);

- разработка комплексных целевых программ индивидуального развития детей "группы риска";

- прослеживание динамики развития (наблюдение, диагностические "срезы" в начале и в конце учебного года для уточнения образовательного маршрута, внесение соответствующих корректив);

- профилактика физических, интеллектуальных и эмоциональных перегрузок и "срывов" поведения;

- консультативная работа с родителями.

Указанные задачи выполняются силами педагогического коллектива школы (детского сада) и специалистами ПМПк при их согласованном взаимодействии.

Как правило, изучение ребенка специалистами ПМПк начинается с запроса педагогов или родителей. За ребенком ведется целенаправленное наблюдение на занятиях и в свободное время (игры, прогулка и т.п.). Проводится и индивидуальное обследование с учетом возрастных и психофизических особенностей ребенка. На основе данных, полученных специалистами, на заседаниях ПМПк обсуждаются результаты и составляется коллегиальное заключение с рекомендациями об образовательном маршруте в соответствии с возможностями и особенностями ребенка, а также медицинской помощи, если таковая требуется. В тех случаях, когда образовательное учреждение, в котором находится ребенок, не может обеспечить необходимые условия или ребенок нуждается в дополнительной диагностике, его направляют (с согласия родителей) в психолого-медико-педагогическую консультацию на комиссию.

В ПМПк ведется следующая документация:

- журнал записи и учета детей, прошедших обследование специалистов консилиума;

- журнал регистрации заключений и рекомендаций специалистов и коллегиального заключения и рекомендаций ПМПк;

- карта (папка) развития обучающегося воспитанника.

2. Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПк)

Целью диагностической деятельности Центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР) является своевременное выявление детей с особенностями психофизического развития и их индивидуальных потребностей в получении образования путем проведения

психолого-медико-педагогического обследования. Для проведения психолого-медико-педагогического обследования детей с особенностями психофизического развития создается психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК).

При проведении психолого-медико-педагогического обследования законные представители (родители) ребенка предоставляют членам комиссии следующие документы (Перечень документов предоставляемых на ПМПК указан в Положении о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации):

- выписка из истории развития ребенка с заключениями специалистов (отоларинголога, офтальмолога, невролога и др.);
- заключение детского врача-психиатра;
- заключение ВКК (из поликлиники), с указанием функционального класса (ФК) и указанием: может или не может ребенок посещать ЦКРОиР;
- психолого-педагогическая характеристика из учреждения образования, где обучается (или воспитывается) ребенок;
- рабочие материалы ребенка: рисунки, аппликации и др. (для дошкольника); тетради по русскому языку, математике (для школьника).

Предоставленные документы в полном объеме позволяют членам комиссии выявить причины того или иного нарушения (проблемы), определения подбора максимального объема диагностических методик для проведения углубленного изучения характера нарушения, формулирования рекомендаций для родителей и специалистов.

Психолого-медико-педагогическое обследование проводится в обязательном порядке при:

- переводе ребёнка с особенностями психофизического развития из специального учреждения образования в класс интегрированного обучения учреждения образования общего типа;
- принятии решения о переводе ребёнка на другую учебную программу специального образования или учебную программу для учреждений, обеспечивающих получение общего среднего образования.
- переходе ребёнка, имеющего трудности в обучении, нарушения речи из начального в среднее звено.
- переходе ребёнка с ОПФР из дошкольного учреждения в школу.

На комиссию в заранее оговоренный день приглашаются родители с ребенком. Обычно заседание комиссии происходит в одном кабинете, где ребенок попадает в руки сразу нескольких специалистов.

Все специалисты могут сидеть как за одним столом, и ребенок сидит перед ними, или же специалисты сидят за разными столами, и ребенок подходит к ним по очереди. Они задают вопросы и дают задания.

Идя на комиссию, ребенок должен знать, в какой форме с ним будут работать, и быть к этому готовым. Вопросы ПМПК зависят от возраста ребенка.

Что спрашивают на ПМПК?

Рассказать о себе, своих родных и друзьях: как зовут, где живут, где работают, какой возраст. Рассказать о своих занятиях и занятиях своих друзей: что делают с друзьями вместе? Что делают вместе с мамой/папой? Как проводят время. Имена учителей и воспитателей. Сведения о домашних питомцах: клички, питание, уход и т.д. О доме, где живет: сколько комнат, для чего они предназначены, для чего предназначены кухня, ванная.

Рассказать об окружающем мире: утро-ночь, выходные-будни, обед-ужин, распорядок дня, отличия. Ребенок должен ориентироваться в понятиях: больше – меньше, длиннее – короче, живое – неживое, Должен знать цвета, формы предметов, их расположение (на столе, под столом и т.д.).

Проверяют умение обобщать и логику. Ребенок должен объединять предметы по признаку (суп, помидоры, конфеты – еда). Выбрать лишний предмет из нескольких и объяснить, почему. Для чего нужны предметы, что с помощью них делают. Знать части тела и их предназначение. Какие бывают профессии.

Проверяют память: называют на слух слова и просят повторить, раскладывают картинки или предметы, потом перекладывают и просят объяснить, что изменилось.

Проверяют речь ребенка: правильно ли строит предложения, все ли звуки произносит, правильно ли меняет окончания слов в зависимости от рода существительных, времени глаголов. Просят назвать или объяснить значения, привести примеры:

– синонимы (слова, близкие по значению, например, счастливый – радостный)

– антонимы (противоположные по значению, например, горячий – холодный)

– омонимы (слова, имеющие несколько значений, например, ручка, коса, ключ).

Кроме этого, просят определить наличие звука в слове, их последовательность, сколько слов в предложении. Оценивают, понимает ли ребенок разницу между словами, близкими по звучанию (бочка – почка). Просят составить небольшой рассказ по картинкам. Проверяют понимание устной речи, говорят несколько предложений и просят пересказать или ответить на вопросы. Просят показать какое-то действие: как ты рисуешь, как ты идешь домой. Проверяют умение рассказать о своих желаниях (хочет есть, в туалет и т.д.), чувствах (усталость, радость). Проверяют коор-

динацию движений и развитие моторики: поймать мяч, пнуть, встать на одну ногу и т.д.

Готовить к ПМПК можно, чтобы не волновался, чтобы знал типы заданий и чего от него примерно будут ждать. Но все вопросы, повторимся, обычные, то есть обычный ребенок, с которым занимаются и которого развивают, сможет ответить на эти вопросы.

Комиссия после коллегиального обсуждения результатов психолого-медико-педагогического обследования составляет заключение ЦКРОиР содержащее:

- описание структуры и степени тяжести физического и (или) психического нарушения;
- рекомендации об обучении и воспитании лица с особенностями психофизического развития по образовательным программам специального образования, оказании коррекционно-педагогической помощи или о создании ему специальных условий для получения профессионально-технического, среднего специального, высшего, дополнительного образования.

На заключении ЦКРОиР в письменной форме оформляется согласие (несогласие) законного представителя с рекомендациями об обучении и воспитании лица с особенностями психофизического развития и образовательной программе специального образования.

Отказ законного представителя оформляется в письменной форме в заключении ЦКРОиР и подписывается этим законным представителем и руководителем государственного ЦКРОиР, а в случае отказа законного представителя поставить подпись – и членам комиссии.

3 Психическое развитие и его основные характеристики

1. Понятие психического развития. Закономерности психического развития.
2. Норма психического развития, социально-психологический норматив.

1 Понятие психического развития. Закономерности психического развития

Развитие психики ребенка – сложный процесс созревания и усложнения психических функций и личности, происходящий под влиянием ряда факторов – наследственно-биологических и социальных (воспитания, обучения, влияния окружающей среды). На всем протяжении жизни ребенка его психика находится в процессе непрерывного развития, которое протекает не всегда равномерно (скачкообразно): периоды относительно

медленного, постепенного созревания сменяются периодами бурного развития. Каждый возрастной период характеризуется анатомо-физиологическими и психологическими особенностями ребенка, появлением новых социальных потребностей и определенным характером взаимоотношения его с окружающей средой.

В процессе развития ребенка постепенно усложняются и углубляются его знания, развиваются умственные способности, формируется отношение ребенка к окружающему, происходит становление личности человека. Созревание отдельных психических функций происходит последовательно и поэтапно: первый этап — развитие основных двигательных функций — происходит от момента рождения до 1 года; второй — развитие более сложных двигательных функций и созревание чувственной сферы — от 1 года до 3 лет; третий — созревание эмоциональной сферы — от 3 до 12 лет; четвертый — созревание мыслительной деятельности — после 12 лет. Выделение этапов не означает, что формирование каждой психической функции начинается и завершается в строго очерченные периоды времени. Формирование нового психического качества, новой функции всегда начинается на предшествующих этапах развития, задолго до начала того этапа, на котором та или иная система или функция созревает. В связи с этим выделение последовательных стадий психического созревания всегда является в известной мере условным.

Развитие каждой психической функции, каждой формы поведения подчиняется своим особенностям, но психическое развитие в целом имеет общие закономерности, которые проявляются во всех сферах психики и сохраняются на протяжении всего онтогенеза.

1. Для психического развития характерны *неравномерность и гетерохронность*. Каждая психическая функция обладает особым темпом и ритмом становления. Отдельные из них как бы «идут» впереди остальных, подготавливая другим почву. Затем те функции, которые «отставали», приобретают приоритет в развитии и создают основу для дальнейшего усложнения психической деятельности. Например, в первые месяцы младенчества наиболее интенсивно развиваются органы чувств, а позднее на их основе формируются предметные действия. В раннем детстве действия с предметами превращаются в особый вид деятельности — предметно-манипулятивную, в ходе которой развиваются активная речь, наглядно-действенное мышление и гордость за собственные достижения.

В развитии психики человека периодически наступают периоды наиболее благоприятные для усвоения новой информации, характеризующиеся повышенной чувствительностью, тревожностью к воздействиям внешней среды, боязнью новых ситуаций и пр. Периоды, наиболее благоприятные для становления той или иной стороны психики, когда обостря-

ется ее чувствительность к определенному рода воздействиям, называются *сензитивными*. Функции развиваются наиболее успешно и интенсивно. Таковым для овладения родным языком является возраст с 2 до 5 лет, когда малыш активно расширяет свой словарный запас, усваивает законы грамматики родного языка, переходя в итоге к связной речи.

2. Психическое развитие протекает *стадиально*, имея сложную организацию во времени. Каждая возрастная стадия обладает своим темпом и ритмом, не совпадающим с темпом и ритмом времени и изменяющимся в разные годы жизни. Так, год жизни в младенчестве по своему объективному значению и происходящим преобразованиям не равен году жизни в отрочестве. Наиболее быстро психическое развитие происходит в раннем детстве – с рождения до 3 лет.

Стадии психического развития определенным образом следуют одна за другой, подчиняясь своей внутренней логике. Их последовательность нельзя перестроить или изменить по желанию взрослого. Любая возрастная стадия вносит свой неповторимый вклад, а поэтому имеет свое непреходящее значение для психического развития ребенка, имеет собственную ценность.

Характеристиками стадий психического развития выступают *социальная ситуация развития, основные новообразования и ведущая деятельность*.

Под *социальной ситуацией* развития понимается соотношение внешних и внутренних условий развития психики (Л.С. Выготский). Она определяет отношение ребенка к другим людям, предметам, вещам, созданным человечеством, и к самому себе.

В качестве *возрастных новообразований* выступают новый тип строения личности и ее деятельности, психические изменения, возникающие в данном возрасте и определяющие преобразования в сознании ребенка, его внутреннюю и внешнюю жизнь. Это те позитивные приобретения, которые позволяют перейти к новой стадии развития.

Деятельность – специфически человеческая, регулируемая сознанием активность, порождаемая потребностями и направленная на познание и преобразование внешнего мира и самого человека. На определенном возрастном этапе возникает потребность в выполнении определенного вида деятельности, которая в свою очередь приводит к появлению психических новообразований. Это явление носит название *ведущего вида деятельности*. Каждому возрасту присуща ведущая деятельность, которая обеспечивает кардинальные линии психического развития именно в этот период (А.Н. Леонтьев). В ней наиболее полно представлены типичные для данного возраста отношения ребенка со взрослым, а через это и его отношение к действительности. Ведущая деятельность связывает детей с элементами

окружающей действительности, которые в данный период являются источниками психического развития. В этой деятельности формируются основные личностные новообразования, происходит перестройка психических процессов и возникновение новых видов деятельности.

Подлинным содержанием психического развития является борьба внутренних противоречий, борьба между отживающими формами психики и новыми нарождающимися. Внутренние противоречия выступают движущими силами психического развития. Они отличаются в каждом возрасте и в то же время протекают в рамках одного, главного противоречия, между потребностью ребенка быть взрослым, жить вместе с ним общей жизнью, занимать определенное место в жизни общества, проявлять самостоятельность и отсутствием реальных возможностей для ее удовлетворения. На уровне сознания ребенка оно выступает как несоответствие между «хочу» и «могу». Данное противоречие ведет к усвоению новых знаний, формированию умений и навыков, к освоению новых способов деятельности, что позволяет расширяться границам самостоятельности и возрасти уровню возможностей. В свою очередь расширение границ возможностей приводит ребенка к «открытию» все новых и новых областей жизни взрослых, которые пока ему недоступны, но куда он стремится «войти».

3. В ходе психического развития происходит **дифференциация** и **интеграция** процессов, свойств и качеств. Дифференциация состоит в том, что они отделяются друг от друга, превращаясь в самостоятельные формы или деятельности. Так, память выделяется из восприятия и становится самостоятельной мнемической деятельностью.

Интеграция обеспечивает установление взаимосвязей между отдельными сторонами психики. Так, познавательные процессы, пройдя период дифференциации, устанавливают взаимосвязи друг с другом на более высоком, качественно новом уровне. В частности, взаимосвязи памяти с речью и мышлением обеспечивают ее интеллектуализацию. Следовательно, эти две противоположные тенденции взаимосвязаны и не существуют друг без друга.

4. На протяжении психического развития происходит **смена детерминант-причин**, которые его определяют. С одной стороны, меняется взаимосвязь биологических и социальных детерминант. С другой, становится иным и соотношение разных социальных детерминант. На каждом возрастном этапе подготавливаются условия для освоения ребенком определенных видов деятельности, складываются особые взаимоотношения со взрослыми и сверстниками. В частности, по мере взросления контакты с товарищами все больше начинают влиять на психическое развитие дошкольника.

5. Психика отличается *пластичностью*, что дает возможность для ее изменения под влиянием каких-либо условий, усвоения различного опыта. Так, родившийся ребенок может овладеть любым языком, независимо от своей национальности, а в соответствии с той речевой средой, в которой он будет воспитываться. Одно из проявлений пластичности состоит в компенсации психических или физических функций, в случае их отсутствия или недоразвития, например при недостатках зрения, слуха, двигательных функций. Другое проявление пластичности - подражание. В последнее время оно рассматривается как своеобразная форма ориентировки ребенка в мире специфически человеческих видов деятельности, способов общения и личных качеств путем уподобления, моделирования их в собственной деятельности.

Вопрос закономерностей психического развития рассматривался классиком мировой психологии Л.С. Выготским, который сформулировал четыре основные закономерности детского развития.

1. *Цикличность*. Развитие имеет сложную организацию во времени. Ценность каждого года или месяца жизни ребенка определяется тем, какое место он занимает в циклах развития – отставание в интеллектуальном развитии на 1 год будет очень большим, если ребенку 2 года, и незначительным, если ему 15 лет. Это связано с тем, что темп и содержание развития изменяются на протяжении детства. Периоды подъема, интенсивного развития сменяются периодами замедления, затухания. Такие циклы развития характерны для отдельных психических функций (памяти, речи, интеллекта и др.) и для развития психики ребенка в целом. Собственно возраст как стадия развития и представляет собой такой цикл со своим особым темпом и содержанием.

2. *Неравномерность развития*. Разные стороны личности, в том числе психические функции, развиваются неравномерно, непропорционально. На каждом возрастном этапе, поэтому происходит перестройка их связей, изменение соотношения между ними. Развитие отдельной функции зависит от того, в какую систему межфункциональных связей она включена.

Каждый новый возрастной период связан с перестройкой межфункциональных связей – сменой доминирующей функции, зависимостью от нее остальных функций, установлением новых отношений между ними. Перестройка старой системы и перерастание ее в новую становится основным путем развития психических функций.

3. *«Метаморфозы»* в детском развитии. Развитие не сводится к количественным изменениям, это цепь качественных изменений, превращений одной формы в другую. Ребенок не похож на маленького взрослого, который мало знает и умеет и постепенно приобретает нужный опыт. Пси-

хика ребенка своеобразна на каждой возрастной ступени, она качественно отлична от того что было раньше, и того, что будет потом.

4. Сочетание процессов *эволюции* и *инволюции* в развитии ребенка. Процессы «обратного развития» как бы вплетены в ход эволюции. То, что развивалось на предыдущем этапе, отмирает или преобразуется. Например, ребенок, научившийся говорить, перестает лепетать. У младшего школьника исчезают дошкольные интересы, некоторые особенности мышления, присущие ему раньше. Если же инволюционные процессы запаздывают, наблюдается инфантилизм: ребенок, переходя в новый возраст, сохраняет старые детские черты.

Закономерный характер психического развития ребенка обеспечивается целостной системой иерархически организованных причин: предпосылок, источников и условий, по-разному участвующих в движущих силах развития. Воспроизведение самим ребенком конкретных видов деятельности (на начальных этапах под руководством взрослого) определяет возникновение и развитие психики, поэтому собственная активность ребенка является условием его психического развития.

Индивидуальные морфологические (биологические) особенности ребенка определяют возможности и ограничения его развития, а, следовательно, являются предпосылками его психического развития. Воплощенный в конкретных видах деятельности общественно-исторический опыт заимствуется ребенком из окружающей социальной среды, которая выступает источником активности и психического развития.

2 Норма психического развития

Проблема нормы и отклонения психического развития является актуальной и дискуссионной, так как в большинстве случаев относительно психической реальности отсутствуют четкие показатели, по которым можно установить соответствие норме тех или иных психических качеств и свойств человека. Понятие нормы очень неоднозначно, поскольку нет четкой границы между нормой и отклонением. Термин «норма» используется для обозначения здоровья, как противоположность патологии (болезни, расстройства, нарушения). Критерием нормы является целесообразное функционирование организма. Показателями отклонения от нормы являются: а) социальная дезадаптация – невозможность взаимодействовать с другими людьми или сужение круга таких лиц; б) затрудненность или невозможность оказывать воспитывающее и обучающее воздействие; в) замедление или деградация развития психики; г) неадекватное поведение. При этом, по мнению Ю.В. Саенко, человек может считаться нормальным, несмотря на отклонения от нормы в его отдельных функциях, если социальная компенсация оказалась успешной. Например, слепой или

глухой не обязательно дефективен, если он достиг того же результата в своем психическом и личностном развитии, что и большинство людей без дефекта.

Норма психического развития в общенаучном плане понимается как:

- среднестатистические показатели, которых должен достичь ребенок к определенному возрасту, так как большинство детей к данному возрасту достигает этих показателей;

- показатели, которые должен продемонстрировать ребенок к определенному возрасту для того, чтобы его развитие могло осуществляться далее в соответствии с закономерностями психического развития;

- оптимальное развитие ребенка, для достижения которого необходима организация особого типа взаимодействия со взрослыми;

- отсутствие отклонений от возрастного психического развития;

- соответствие ребенка социально-психологическим нормативам, отраженным в требованиях общества к нему, в программах воспитания и обучения, а также в представлениях взрослых, воспитывающих ребенка, о том, каким он должен быть;

- способ мышления исследователя и практика о ребенке и закономерностях его развития в соответствии с личностными и профессиональными мотивами.

В настоящее время в качестве нормы рассматривается широкий круг психических явлений, выраженных в нормативных показателях, доступных объективной фиксации. Сроки достижения ребенком нормативных показателей варьируют, а широта вариаций прямо пропорциональна возрасту ребенка. В отечественной психологии нормативной моделью психического развития является возрастная периодизация, основными критериями которой выступают социальная ситуация развития, ведущая деятельность, психологические новообразования (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин и др.). При этом, понятие «норма» соотносится не только с уровнем психологического и социального развития ребенка в конкретные возрастные периоды, но и с требованиями, которые предъявляет к ребенку окружающий его социум. Система требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого субъекта социального взаимодействия, называется *социально-психологическим нормативом*. Такие требования закреплены в виде правил, норм, предписаний и пр. Они присутствуют в образовательных программах, в профессиональных и квалификационных характеристиках, общественном мнении разных субъектов образовательного процесса и т.д. Впервые это понятие ввел К.М. Гуревич, который предложил его использовать в качестве критерия нормативности развития.

4 Отклоняющееся психическое развитие

1. Понятие отклоняющегося развития.
2. Различные классификации (патопсихология, дефектология, нейропсихология и др. смежные дисциплины).
3. Причины отклоняющегося развития.

1. Понятие отклоняющегося развития

Отклонение формирования всей иерархической структуры психического развития или ее отдельных составляющих (психических функций, функциональных систем) за пределы социально-психологического норматива, определяемого для конкретной образовательной, социокультурной, этнической ситуации, вне зависимости от знака этого изменения (опережение / запаздывание), следует рассматривать как *отклоняющееся развитие*.

В настоящее время существует огромное количество детей с отклоняющимся развитием или детей с выраженными нарушениями развития. Это дети, у которых вследствие врожденной недостаточности или приобретенного дефекта сенсорных систем, опорно-двигательного аппарата или ЦНС нарушается развитие соответствующих психических функций. Нарушения развития психических функций и процессов в отечественной психологии впервые рассматривал Л.С. Выготский, который обозначил три вида дефектов. Дефект – любая утрата анатомической структуры (а вместе с ней психической или физиологической функции) или существенное для функции отклонение от нее. К разряду первичных дефектов относится вся совокупность отклонений, вызванных биологическими факторами или факторами окружающей среды, поражающими органику (наследственные отклонения, нарушения слуха, зрения при поражении анализаторов). К группе вторичных дефектов относится вся совокупность отклонений, проявляющихся на основе первичного. То есть вторичные нарушения возникают опосредованно в процессе аномального развития. Впоследствии, возникает третичный дефект – проблема в социальной ситуации развития (трудности в обучении и воспитании ребенка).

Разграничение нормы и отклонения психического развития не представляет трудностей тогда, когда дефект очевиден, а отклонение явно выражено. Трудности определения нормы возникают на самой границе нормы и отклонения, поскольку эта граница является гибкой и подвержена колебаниям. Поэтому психолого-педагогическое сопровождение ребенка невозможно без знаний возрастных особенностей психического развития, нормативных показателей психического развития и организации оптимального взаимодействия и предметной развивающей среды.

2. Различные классификации (патопсихология, дефектология, нейропсихология и др. смежные дисциплины)

В научной литературе, посвященной проблеме изучения особенностей психофизического развития, существуют различные классификации нарушений. Так, В.В. Лебединский предлагает следующую классификацию по типу дизонтогенеза.

Недоразвитие. Общее стойкое отставание в развитии всех функций вследствие раннего органического поражения мозга (прежде всего – коры больших полушарий). Поражение может иметь наследственную природу (эндогенную) или быть результатом внешних (экзогенных) факторов, действующих во внутриутробный, природовой периоды или в раннем детстве. Наиболее характерным примером недоразвития является самая распространенная форма умственной отсталости – олигофрения.

Задержанное развитие. Замедление темпа всего психического развития, возникающее чаще всего в результате слабо выраженных органических поражений коры головного мозга или длительных и тяжелых соматических заболеваний. Поврежденное психическое развитие. Представлено органической деменцией – нарушением психического развития в конце раннего возраста или уже после трех лет вследствие массивных травм мозга, нейроинфекций, наследственных дегенеративных заболеваний. Во многих случаях органическая деменция имеет прогрессирующий характер.

Дефицитарное психическое развитие. Наиболее ярко его представляют нарушения психического развития при недостаточности анализаторных систем (зрение, слух, и мышечно-кинестетическую систему).

Искаженное психическое развитие – разные варианты сложных сочетаний общего недоразвития, задержанного, ускоренного и поврежденного развития. Причинами искаженного развития являются некоторые процессуальные наследственные заболевания, например шизофрения, врожденная недостаточность обменных процессов. Ранний детский аутизм – наиболее яркий пример этого типа нарушенного психического развития.

Дисгармоническое психическое развитие. Связано с нарушением формирования эмоционально-волевой сферы. При этом наблюдаются психопатии и развитие личности вследствие крайне неблагоприятных условий воспитания. Среди представителей каждого типа нарушенного развития наблюдаются значительные индивидуально-групповые различия, которые зависят от причин нарушения, периода действия и интенсивности фактора, вызвавшего нарушение.

Согласно кодексу об образовании Республики Беларусь к детям с особенностями психофизического развития относятся следующие категории: дети с интеллектуальной недостаточностью (УО), с тяжелыми нару-

шениями речи, с нарушениями слуха и зрения, с нарушениями психического развития (трудностями в обучении), с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями. Отдельной категорией детей являются дети с синдромом аутизма.

Интеллектуальная недостаточность (УО). Причины нарушения интеллекта: наследственные, пренатальные, натальные и постнатальные факторы. Наследственный фактор наиболее распространен (около 70% случаев). Это хромосомные заболевания, несовместимость крови матери и ребенка по резус-фактору, алкоголизм и наркомания родителей, нарушение белкового обмена веществ (фенилкетонурия). Следующее место по частоте распространения занимают пренатальные факторы осложнения беременности инфекционными заболеваниями, интоксикациями, дистрофией, сифилисом, токсоплазмозом. При этом повреждающие головной мозг агенты передаются от матери плоду через пуповину. Асфиксия (нехватка кислорода при длительных родах, удушение пуповиной), травмы плода (наложение акушерских щипцов на голову) – основные причины натального периода родовой деятельности. В постнатальном периоде ребенок может заболеть менингоэнцефалитом, тяжелыми хроническими соматическими болезнями, получить травму головного мозга, недоразвитие в обстановке нездоровой экологии, плохого питания, отсутствия должного ухода, заботы и воспитания. Согласно международной классификации умственно отсталых детей разделяют на четыре группы по степени выраженности дефекта: дети с легкой, умеренной, тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости. Дети, относящиеся к первым трем группам, обучаются и воспитываются в соответствии с программой специальной (коррекционной) общеобразовательной школы вида. Пройдя специальное обучение, многие из них социально адаптируются и трудоустраиваются. Прогноз их развития относительно благополучен. Дети, входящие в четвертую группу, помещаются в интернатные учреждения, где они овладевают элементарными навыками самообслуживания и адекватного поведения. В этих учреждениях они находятся пожизненно. Отдельные представители данной группы умственно отсталых детей живут в семьях. Наиболее часто встречаемым нарушением, связанным с умственной отсталостью, является олигофрения.

М.С. Певзнер предлагает следующую классификацию олигофрении.

1. Неосложненная форма олигофрении. Дети характеризуются уравновешенностью нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются грубыми нарушениями анализаторов. Дети способны к целенаправленной деятельности в тех случаях, когда задание им понятно и доступно. В привычной ситуации поведение не имеет резких

отклонений. Олигофрения, характеризующаяся неуравновешенностью нервных процессов с преобладанием возбуждения или торможения. Нарушения отчетливо проявляются в изменениях поведения и снижении работоспособности.

2. Олигофрения с нарушением функций анализаторов. Диффузное поражение коры сочетается с более глубокими поражениями той или иной мозговой системы. Дети дополнительно имеют локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата. Особенно неблагоприятно сказываются на развитии умственно отсталого ребенка нарушения речи. Олигофрения с психопатоподобным поведением. У ребенка отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы. На первом плане у него оказывается недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, расторможенность влечений.

3. Олигофрения с выраженной лобной недостаточностью. Нарушения познавательной деятельности сочетаются с изменениями личности с резкими нарушениями моторики. Дети вялые, безынициативные и беспомощные. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию.

Нарушение речи. К основным причинам нарушения речи относят: врожденные пороки развития (генетические дефекты, осложнение беременности и родов: наложение акушерских щипцов на голову плода, асфиксия плода, резус-конфликт крови матери и плода и др.); черепно-мозговые травмы в постнатальном периоде жизни; инфекционные заболевания (менингит, неврит, ларингит); опухоли гортани.

Выделяют фонематические (звукопроизношение) и лексико-семантические нарушения (понимание, адекватный выбор слов, правильность составления фраз). Фонематическими нарушениями являются: неразвитая с рождения речь (алалия); задержка фонематического развития (логопатия); нарушение громкости (афония, макро-микрофония); нарушения четкости произношения (дислалии) – дизартрия (смазанная и скандированная речь при поражении пирамидной и экстрапирамидной систем), гнусавость (нарушение тембра), картавость и шепелявость (неспособность правильно воспроизвести ряд звонких и свистящих звуков), диплофония (раздвоение голоса, одновременность произношения разных звуков при дефекте голосовой щели и неравномерном напряжении голосовых связок); нарушение темпа (тахи- и брадилалия – быстрая и замедленная речь); нарушение ритма (монотонная речь, повторение звуков разного патогенеза – палилалия, заикание, персеверации). К лексико-семантическим нарушениям (аграмматизмы) относят: бедность словарного запаса (олигофазия); распад ранее сформированной речи при нарушениях в центральном звене

ее анализатора (афазия); нарушение чтения (алексия); нарушение письма (аграфия). Трудности в постановке диагноза «общее недоразвитие речи» могут быть связаны аналогичными симптомами умственной отсталости, задержке психического развития (ЗПР), а также в различении алалии и раннего детского аутизма. При алалии в отличие от аутизма расстройство речи наступает с момента лепета (при аутизме в течение двух лет речь может развиваться нормально), лучше используются мимика и жесты при отсутствии странных поз, двигательных стереотипов и непредсказуемого поведения.

Внимание у детей с общим недоразвитием речи характеризуется непроизвольностью, неустойчивостью произвольного внимания, его отвлекаемостью. Модальность внимания преимущественно зрительная. Чужая речь часто непонятна, поэтому воспринимается как помеха, как безразличный или раздражающий шум. В зрительном восприятии образы мало дифференцированы, непрочны, ослаблена их связь с наименованием, затруднено опознание предмета по отдельным признакам и в измененных условиях предъявления. Отмечаются нарушения пространственных представлений, оптико-пространственного гнозиса.

Память детей с общим недоразвитием речи страдает вследствие характерных для любого дефицитарного развития нарушений устойчивости, концентрации внимания (фрагментарность запечатления и воспроизведения информации), а также нарушений восприятия при дизартриях (неточное воспроизведение пространственных отношений, геометрических, фигур, букв). Объем памяти, как правило, не нарушен. Компенсация качества памяти возможна за счет развития смыслового, мнемотехнического запоминания вследствие сохранности структур мозга, которые выполняют интеллектуальные функции образного и словесно-логического мышления.

Нарушение слуха. По времени возникновения дефекты нарушения слуха подразделяются на наследственные, врожденные (во время беременности и родов) и приобретенные в процессе жизни. Причины нарушения слуха связаны, как с ослаблением организма в целом (нарушение обмена веществ, интоксикация и асфиксия плода во время беременности и при родах), так и с поражением слухового анализатора. Как правило, генетические дефекты, болезни и травмы, приводящие к нарушению слуха, оказывают патологическое воздействие на другие анализаторы, органы и системы организма. Так, например, наследственные синдромы Альстрема, Ушера и другие вызывают поражения кожи, глаз, внутреннего уха. Вирусное заболевание краснуха, наиболее опасное по своим последствиям для плода в первые два месяца беременности, помимо глухоты, может привести к катаракте, кардиопатии (триада Грига). Травмы черепа, менингиты и энцефалиты, гемолитическая болезнь новорожденного (в результате несовме-

стимости крови матери и ребенка по резус-фактору) опасны, наряду с дефектом слуха, возможностью паралича и слабоумия. По локализации и патогенезу органического дефекта тугоухость подразделяют на кондуктивную (среднее ухо) и нейросенсорную (внутреннее ухо). В школьном образовании (по кодексу) выделяют две группы детей с нарушением слуха: с развитой речью и неразвитой речью (плохое произношение, несвязная речь, бедный словарный запас), а также слабослышащих и глухих.

У детей с нарушением слуха можно зафиксировать недостаточное развитие познавательных (когнитивных) функций психики. Задержка качества становления произвольного внимания на 3–4 года (оптимум приходится на подростковый возраст) по сравнению с нормой (младший школьный возраст), обусловлена, как и во всех случаях дефицитарного развития, пониженной инициативой общения таких детей с окружающим миром, значимые объекты которого долгое время продолжает выделять для них взрослый. В дальнейшем, в связи с тренингом устной, дактильной, жестовой речи, развивается высокое качество распределения внимания, контролирующего речь собеседника и собственную речь.

Выпадение одного из анализаторов в содружественной сенсомоторной работе приводит к задержке восприятия пространства, схемы тела и, как следствие, развития движений. Страдают ориентация в пространстве, координация и ловкость пальцев рук. Нарушается походка (волочат ноги, спотыкаются) вследствие отсутствия слухового контроля поступи и нарушения функций вестибулярного аппарата. Замедляется темп двигательной активности, затруднено формирование двигательных навыков. Страдает различение цветов в результате несформированного словаря их обозначений. В дальнейшем зрительное восприятие, наряду с тактильно-вибрационным, становится ведущим в компенсации дефекта слуха. Переход от преимущественно наглядно-действенного мышления к образному у глухих детей запаздывает по сравнению с нормой. Только годам к 17-ти глухие дети в достаточной мере овладевают словесно-логическим мышлением, при этом остаются трудности в обратимости словесного, образного и наглядно-действенного видов мышления, переходах от одного к другому.

Нарушения зрения. По нарушению остроты зрения различают: слепых, частично слепых, слабовидящих. По времени наступления слепоты различают слепорожденных (в том числе рано ослепших – до 3 лет, когда еще не сохраняются в памяти зрительные образы) и ослепших (утрата зрения после 3 лет).

Причины нарушения зрения в подавляющем большинстве случаев врожденные (генетические), в незначительном – приобретенные: травматической, алиментарно-обменной (недостаток и нарушение обмена веществ в организме), инфекционной природы. К аномалиям развития отно-

сят анофтальм (отсутствие глаза), микрофтальм (уменьшенный по сравнению с нормой глаз), колобомы сетчатки и радужки (недостаток ткани, ее разрывы), врожденная катаракта (помутнение хрусталика в результате нерассосавшихся в нем эмбриональных сосудов), дальтонизм (пониженная чувствительность к красному и зеленому цвету – чаще встречается среди мужчин). Инфекционные заболевания: менингит, корь, гонорея (бленнорея новорожденных), трахома (хроническое вирусное заболевание), гельминтоз (поражение глаз червями), конъюнктивит (воспаление конъюнктивы), также влияют на нарушение зрения. Эндокринные заболевания могут вызвать катаракту, а недостаток витамина А – потерю остроты зрения в сумерках (так называемую «куруную слепоту»). Повышение внутриглазного давления, как правило, в связи с атеросклерозом и сужением глазных артерий, вызывает глаукому. Среди травматических повреждений нередки кровоизлияния и отслойка сетчатки.

У детей с нарушением зрения встречается недостаточное развитие познавательных (когнитивных) функций психики. Наблюдается снижение таких характеристик внимания, как устойчивость и переключаемость. Относительно нарушения восприятия можно отметить, что у лиц с остаточным зрением зрительные образы искажены и фрагментарны, а у абсолютно слепых с рождения вовсе отсутствуют. В этой связи адекватным дистантным анализатором остается только слуховой, а такие важные характеристики восприятия объектов в пространстве, как форма, величина, протяженность, удаленность, взаиморасположенность, исследуются с помощью контактного осязания, когда информация поступает не целостно, многообразно и быстро, а последовательно (сукцессивно), частями, медленно. Осязание развивается в основном за счет активного ощупывания (тактильное восприятие) и манипуляций с предметами (кинестетическое восприятие). Обучение азбуке Брайля, состоящей из рельефно-точечного шрифта, позволяет особенно повышать чувствительность пальцев рук. Усиленная тренировка кинестетического осязания способствует развитию двигательной системы в деятельности, в тех или иных ее операциях, формирующих точные и устойчивые навыки. Компенсация восприятия дистантных сигналов с помощью слуха вырабатывает более тонкую дифференцировку звуков.

Память детей с нарушением зрения отличается большим индивидуальным разбросом показателей (норма, выше и ниже нормы) среди как слепых, так и слабовидящих. Среди общих особенностей отмечается высокий уровень развития осязательной и слуховой памяти, а у слабовидящих – фрагментарность воспроизведения зрительной информации, что требует повторных неоднократных усилий припоминания (реминисценций).

Перевод внешних действий во внутренний план у слепых происходит в связи с развитием словесно-логического абстрактно-понятийного

мышления, компенсирующего недостатки наглядно-образного. Вместе с тем вербальное мышление страдает формализмом, поскольку многие значения слов не подкреплены реальными полноценными сенсорными образами.

Развитие устной речи у детей с нарушением зрения, благодаря сохранному слуху, позволяет быстро накапливать активный словарь разговорного языка. Вместе с тем долгое время приходится преодолевать семантические недостатки речи, связанные с формализмом мышления.

Трудности в обучении (ЗПР). Нарушение темпа всего психического развития при наличии значительных потенциальных возможностей. Временное нарушение развития, которое корректируется тем раньше, чем благоприятнее условия развития ребенка.

Чаще всего в патопсихологии и дефектологии пользуются классификацией К.С. Лебединской.

1. ЗПР конституционного происхождения определяется наследственностью. Эмоционально-волевая сфера этих детей находится на более ранней ступени развития. Преобладает эмоциональная мотивация поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости. Отсутствует чувство долга и ответственности. Проявляется небрежное отношение к обучению, недостаточная критичность; не сформированы школьные интересы. Дети не понимают школьной ситуации, не умеют фиксироваться на выполнении школьных заданий. Они не умеют удерживать инструкцию, им недостает контроля. Моторный инфантилизм проявляется в двигательной расторможенности, недостаточной координации движений, особенно при осуществлении письма, рисования, ручного труда. Затруднения в обучении связаны с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, преобладанием игровых интересов. Вялость и непродуктивность проявляются только в учебной деятельности, но не в играх. Эмоционально-волевая незрелость часто сочетается с инфантильным типом телосложения.

2. ЗПР соматогенного происхождения. Задержка обусловлена длительной соматической недостаточностью различного генеза: хроническими инфекциями, аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками соматической сферы, в первую очередь сердца. В данном случае в замедлении темпа психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей и общий психический тонус.

3. ЗПР психогенного происхождения. Этот тип связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Неблагоприятные средовые условия, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-

психической сферы (вегетативных функций и эмоционального развития). В результате наблюдается аномальное, патологическое развитие личности

4. ЗПР церебрально-органического происхождения наблюдается в случае серьезных, патологических отклонений в развитии мозга. Встречается чаще других вышеописанных типов, обладает большой стойкостью и выраженностью нарушений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности. Имеется негрубая органическая недостаточность нервной системы, чаще остаточного характера. Наблюдается задержка физического развития, общая гипотрофия. Игровая деятельность характеризуется бедностью воображения и творчества, определенным однообразием, преобладанием двигательной расторможенности. Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом – у детей отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций. Дети слабо заинтересованы в оценке, у них низкий уровень притязаний.

Познавательная деятельность детей с ЗПР характеризуется низким уровнем активности и замедлением приема и переработки информации. Восприятие детей с ЗПР отличается крайне ограниченным объемом: они выделяют в объекте меньше признаков, чем здоровые дети, с трудом выделяют объект из фона. Дефекты восприятия обнаруживаются также в условиях, затрудняющих восприятие (необычное положение объекта). Память ограничена в объеме и непрочна. Непосредственное запоминание относительно легкого материала такое же, как и у здоровых детей (запоминание знакомых слов, однозначных чисел, элементарного текста). Основным приемом заучивания является многократное механическое повторение, зубуривание. Отстает запоминание сложного материала, требующего понимания, логических приемов переработки (классификации, выделения смысловых опор). Внимание характеризуется крайней неустойчивостью, слабой концентрацией и распределяемостью, легко отвлекаемо. Поэтому дети быстро утомляются на уроке. Мышление и речь особенно отстают в развитии. Наглядно-действенное мышление развито лучше, чем наглядно-образное и словесно-логическое. К моменту поступления в школу у ребенка не сформированы элементарные логические операции: анализ, синтез, сравнение, обобщение. Дети с ЗПР с трудом решают мыслительные задачи, затрудняются в определении причинно-следственных отношений между явлениями.

По ряду показателей актуального уровня развития дети с ЗПР близки к умственно отсталым детям, но у них обнаруживается значительно больше потенциальных возможностей.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата. Детская инвалидность в связи с нарушениями опорно-двигательной системы может наступить в результате следующих причин: наследственные аномалии

(например, плоскостопие) и травмы опорно-двигательной системы при рождении, в детском возрасте, болезни костной системы (например, остеомиелит – воспаление костного мозга); заболевания центральной нервной системы на уровне спинного мозга: радикулит (воспаление спинномозговых нервов), полиомиелит (детский паралич, вызванный вирусной инфекцией), рассеянный склероз; травмы спинного мозга, искривления позвоночника (сколиоз); заболевания центральной нервной системы на уровне головного мозга: детский церебральный паралич, рассеянный склероз; травмы головного мозга; нарушение обменных процессов (рахит); болезни мышечной системы: миопатия, миастения, атрофии; болезни суставов: артриты (воспаления), артрозы (заращение соединительной тканью). Одним из нарушений опорно-двигательной системы, является детский церебральный паралич (ДЦП).

Детский церебральный паралич характеризуется, прежде всего, парезами и параличами, нарушенным тонусом мышц (гипертонус, гипотонус) и гиперкинезами конечностей. Нередки дизартрия, тугоухость, вегетодистонии, психоорганический синдром (задержки умственного развития, повышенная эффективность, инертность нервно-психических процессов). Вследствие физического и психического дизонтогенеза появляются неврозоподобные и психопатоподобные расстройства.

Согласно существующей классификации К.А. Семеновой выделяются пять форм церебрального паралича. В основу этой классификации положена специфика клинической картины, которая в значительной мере обусловлена разным характером поражения мозга.

1. Спастическая диплегия. При спастической диплегии (болезнь Литтля), являющейся самой распространенной формой церебрального паралича, у больных отмечается высокий (спастический) тонус мышц сгибателей конечностей, тетрапареза (парезы обеих рук и ног), при котором руки страдают меньше, чем ноги.

2. Гемипаретическая форма – парезы одной стороны тела (поражение тяжелей в верхних конечностях). При гиперкинетической форме гиперкинезы могут сочетаться с парезами или выступать как самостоятельный вид расстройств.

3. Атонически-астатическая форма. Характеризуется низким мышечным тонусом (атония), трудностью формирования вертикальной позы (астазия), нарушениями равновесия и координации движений (атаксия), динамическим тремором, который усиливается по мере развития двигательного акта. В половине случаев сопровождается олигофренией.

4. Гиперкинетическая форма, связана с поражением подкорковых отделов головного мозга. Двигательное расстройство этой формы проявляется в виде произвольных движений – гиперкинезов. Гиперкинезы возни-

кают непроизвольно, могут усиливаться при волнении и утомлении, а также при попытках выполнения любого двигательного акта.

5. Двойная гемиплегия. Наиболее тяжелая форма ДЦП. Дети не ходят, не стоят, не сидят, не держат голову. Сочетается с олигофренией. Все формы ДЦП так или иначе уродуют внешний вид больных. И хотя в силу резидуального течения заболевания параличи со временем могут переходить в парезы, негативные последствия социального развития личности продолжает во многом определять фактор двигательных расстройств (обусловленные двигательной недостаточностью задержки формирования навыков самообслуживания, речи и письма, ограничения в общении).

Основными причинами нарушений познавательной сферы у детей при ДЦП является: параличи, парезы, гиперкинезы, аномалии зрения, тугоухость, дизартрия, которые приводят к недоразвитию двигательного-кинестетического анализатора, нарушениям пространственного гнозиса и праксиса, трудностям в обучении письму и устной речи. Высокий (низкий) уровень двигательной активности и эффективность (неэффективность) психической адаптации, интеллектуальной деятельности (скоростные, регуляторные характеристики высших психических функций, помехоустойчивость) достаточно тесно связаны между собой. При данном нарушении характерны задержки психического развития с точки зрения динамики различных видов мышления.

Синдром аутизма. Детский аутизм захватывает все сферы психической жизни ребенка и одной из его характерных черт является противоречивость, неоднозначность проявлений. Среди аутичных детей встречаются и глубоко умственно отсталые, и одаренные высокоинтеллектуальные дети, и даже один и тот же ребенок может быть и неуклюжим, и моторно ловким; мутичным и неожиданно произнести сложную фразу, он может накапливать энциклопедические знания и проявлять полную неосведомленность в самых насущных областях жизни. В специальной литературе такой дизонтогенез определяется как искаженное психическое развитие.

Рассмотрим классификацию раннего детского аутизма К.С. Лебединской. В основании данной классификации заложены причины возникновения аутизма у ребенка, что в значительной степени определяет биологические детерминанты развития аутистических синдромов.

1. Аутизм при различных заболеваниях центральной нервной системы (органический аутизм) сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома. В этом случае у детей отмечаются психическая инертность, двигательная недостаточность, нарушения внимания и памяти. Кроме того, наблюдается рассеянная неврологическая симптоматика: признаки гидроцефалии, изменения по органическому типу на электроэнцефалограмме, эпизодические судорожные припадки. Как правило,

для детей этой группы характерны задержки речевого и интеллектуального развития.

2. Психогенный аутизм возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3–4 лет) в связи с воспитанием в условиях эмоциональной депривации: длительного отсутствия материнской ласки, неправильного воспитания в интернатах и пр. Эта форма аутизма проявляется у ребенка в нарушении контакта с окружающими, в эмоциональной индифферентности, пассивности, безучастности, в отсутствии дифференцированных эмоций, в задержке развития речи и психомоторики. В отличие от других форм, психогенный аутизм при нормализации условий воспитания может исчезнуть. Однако в случае, если пребывание ребенка в неблагоприятных условиях продлится первые три года жизни, аутистическое поведение и нарушения речевого развития становятся стойкими.

3. Аутизм шизофренической этиологии. Дети с аутизмом 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. Однообразное, вялое поведение детей может прерываться немотивированными агрессивными поступками, разрушительными действиями. Кроме того, у детей может наблюдаться продуктивная психопатологическая симптоматика: постоянные страхи, деперсонализация, псевдогаллюцинаторные переживания.

4. Аутизм при обменных заболеваниях и хромосомных патологиях в клинической литературе описан как сопутствующий синдром, когда у детей на фоне психического недоразвития наблюдаются аутистические проявления.

В работах отечественных и зарубежных психологов (Г. Аспергер, К. Джиллберг, Л. Каннер, С.С. Мнухин, Э. Орниц, Л. Уинг и др.) выделены факторы, негативно влияющие на развитие психики ребенка с синдромом аутизма. К ним относятся: энергетическая недостаточность; слабость побуждений; быстрая истощаемость и пресыщаемость в процессе вынужденного общения при выполнении аффективно незначимой деятельности; низкие сенсорные пороги; выраженный отрицательный эмоциональный дискомфорт.

Одним из основных признаков РДА является нарушение речевого развития ребенка. Почти у всех детей становление речи проходит через период эхоалалий. Это автоматическое, не контролируемое повторение ре-

бенком чужих слов, полных фраз или их частей и даже целых предложений. Частыми являются разнообразные нарушения звукопроизношения (перестановки звуков в словах, замедленный темп речи в редких случаях ускоренный), темпа и плавности речи. Следствием этого является позднее появление в речи местоимения «я» и других личных местоимений в первом лице.

Стереотипность в контактах со средой также двояко обусловлена. С одной стороны, ребенок скрупулезно требует сохранения постоянства в окружающем, потому что иначе чувствует себя дискомфортно. Поэтому он вырабатывает особую избирательность в сенсорных контактах, фиксирует в быту множество неприятных, страшных моментов, жестко отстаивает соблюдение привычных способов удовлетворения потребностей и начинает бояться самой возможности изменения жизненной среды. С другой стороны – стремится жить в уже освоенных им стереотипных коридорах, потому что не способен активно и гибко приспосабливаться к меняющимся обстоятельствам. Неконтактность таких детей – не отдельная самостоятельная болезнь. Ее можно встретить при разных заболеваниях в сочетании и сложном переплетении с другими симптомами. Огромное значение имеет то, как относятся окружающие к неконтактному ребенку с его странным и необычным поведением.

Необходимо отметить, что в патопсихологии, дефектологии, нейропсихологии и других дисциплинах существуют различные классификации детей с психофизическими особенностями развития. Наиболее распространенными и общими критериями для той или иной классификации являются: причины нарушений, вид нарушения и последствие нарушений, которые сказываются в дальнейшем на жизни ребенка. В зависимости от характера нарушения, одни дефекты могут полностью преодолеваются в процессе развития, обучения и воспитания ребенка, а другие лишь сглаживаться или компенсироваться.

3. Причины отклоняющегося развития

Существует два класса причин отклоняющегося от нормы психического развития: ***биологические*** и ***социальные***.

Общими закономерностями ***биологических*** детерминант являются:

- степень поражения нервной системы, зависящая от времени: чем раньше происходит повреждение, тем более выражено отклонение;
- длительность действия вредоносных стимулов и факторов;
- локализация повреждения (могут пострадать отдельные участки мозга или несколько участков).

Биологические причины отклоняющегося развития могут быть ***врожденные и приобретенные***.

Врожденные наследственные повреждения являются результатом изменений в генотипе человека и проявляются в хромосомных заболеваниях. Например, синдром Дауна. В норме при делении половой клетки в каждую дочернюю клетку попадает 23 хромосомы; при оплодотворении яйцеклетки возникает стабильное число хромосом – 46. В некоторых случаях отмечается нерасхождение хромосом. При болезни Дауна нерасхождение двадцать первой пары приводит к тому, что у больных во всех клетках имеется не 46, как в норме, а 47 хромосом.

К числу врожденных наследственных причин относятся нарушения белкового и углеводного обмена в организме. Наиболее распространенным нарушением такого рода является фенилкетонурия, в основе которой лежит нарушение белкового обмена в виде изменения синтеза фенилаланин-гидроксилазы – фермента, превращающего фенилаланил в тирозин. Нередко встречаются также галактосемия и другие нарушения (гидро- и макроцефалия и пр.).

К **врожденным и ненаследственным** причинам относят различные внутриутробные повреждения плода, возникшие в результате принятия женщиной алкогольных напитков, наркотических веществ, лекарственных препаратов без назначения врача и пр., многоплодную беременность, угрозу выкидыша.

Среди **приобретенных** биологических причин можно отметить инфекционные заболевания, которые женщина переносит во время беременности (половые инфекции, грипп, корь, волчанка, краснуха и др.), травмы, опухоли.

К **социальным** причинам относят разного рода депривации, виды которой зависят от типа депривационной потребности.

Сенсорная депривация возникает в условиях обедненной окружающей среды или искусственной сенсорной изоляции. При этом ребенок испытывает недостаток поступления в головной мозг сенсорных стимулов различной модальности (цвет, свет, звук и т.д.).

Когнитивная депривация возникает при недостатке разнообразия информации об окружающем мире.

Ограничение контактов ребенка с близкими людьми, особенно с матерью, приводит к **эмоциональной** депривации.

Социальная депривация возникает вследствие ограничения возможностей для освоения социальных ролей и невозможности установления связей с широким социальным окружением.

5. Психическое недоразвитие: дети с интеллектуальной недостаточностью. Задержанное психическое развитие

1. Психическое недоразвитие.
2. Задержанное психическое развитие (ЗПР).

1. Психическое недоразвитие

В современной науке термин «психическое недоразвитие» является синонимичным понятиям «умственная отсталость» (УО), который применительно к детям используется преимущественно в медицине, и «интеллектуальная недостаточность», который принято использовать в психолого-педагогической практике.

Понятие «умственно отсталый ребенок», охватывает весьма разнообразную по составу группу детей, которых объединяет наличие органического повреждения коры головного мозга, имеющего диффузный, т.е. «разлитой», характер. Морфологические изменения, хотя и с неодинаковой интенсивностью, захватывают многие участки коры головного мозга ребенка, нарушая их строение и функции.

Преобладающее большинство умственно отсталых детей составляют *олигофрены*. Поражение мозговых систем, лежащее в основе недоразвития психики, возникает у этой категории детей на ранних этапах развития – во внутриутробном периоде, при рождении или в течение первых полутора лет жизни, т.е. до становления речи. При этом, степень выраженности дефекта существенно зависит от тяжести постигшей ребенка вредности, от ее преимущественной локализации, а также от времени начала ее воздействия. При олигофрении в ряде случаев ребенок имеет положительные потенциальные возможности и при благоприятных условиях реализует их. Другими словами, ребенок способен к психическому развитию, которое, однако, осуществляется аномально, поскольку его биологическая основа патологична.

Психическое недоразвитие, возникшее у ребенка в возрасте после двух лет, встречается относительно редко. В этом случае специалисты говорят о «*деменции*» или слабоумии. В отличие от олигофрении при деменции нарушения коры головного мозга возникают после довольно длительно протекавшего, в течение 2–5 лет и более, нормального развития ребенка. Деменция может явиться следствием органических заболеваний мозга или травм. Необходимо отметить, что интеллектуальный дефект при деменции носит необратимый характер и отмечается прогрессирующее заболевание. Однако в отдельных случаях с помощью лечения, при благоприятных педагогических условиях, можно добиться некоторого замедления этого процесса.

Причины, вызывающие у ребенка психическое недоразвитие или УО, многочисленны и разнообразны. Их принято разделять на внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные).

Внешние могут воздействовать в период внутриутробного развития плода, во время рождения ребенка и в первые месяцы (или годы) его жизни. Известен ряд внешних факторов, приводящих к резким нарушениям развития. Наиболее распространенными из них являются следующие:

- тяжелые инфекционные заболевания, в т.ч. передающиеся половым путем, которые женщина переносит во время беременности (грипп, краснуха, сифилис и др.);

- различные интоксикации, т.е. болезненные состояния организма будущей матери, возникающие под действием ядовитых веществ, образующихся при нарушении процесса обмена. Интоксикации нередко являются следствием неумеренного употребления беременной женщиной лекарств или алкоголя и приводят к патологиям развития плода;

- опасны тяжелые дистрофии во время беременности, т.е. нарушения обмена веществ в органах и тканях, вызывающие расстройства их функций и изменения в строении;

- заражение плода различными паразитами, существующими в организме матери (например, токсоплазмоз);

- травматические поражения плода, возникающие при ударе, ушибе, родовой травме и пр.;

- длительная асфиксия плода во время родов.

Среди **внутренних** причин, обуславливающих возникновение умственной отсталости, следует выделить фактор наследственности, который может проявляться в хромосомных заболеваниях (например, болезнь Дауна) или в нарушении обмена веществ (белков и как следствие фенилкетонурия, углеводов и как следствие галактосемия) и другие нарушения.

Нередко причинами умственной отсталости служат различные болезни младенца на ранних этапах жизни, например, такие воспалительные заболевания мозга и его оболочек как менингиты, менингоэнцефалиты различного происхождения, опухоли и др.

В последние годы все больше случаев, когда умственная отсталость оказывается обусловленной резко повышенной радиацией той местности, где живет семья, неблагоприятной экологической обстановкой, алкоголизмом или наркоманией родителей, особенно матери.

В настоящее время пользуются международной классификацией умственно отсталых, на основании которой детей разделяют на четыре группы по степени выраженности дефекта: с легкой, умеренной, тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости. Дети, относящиеся к первым трем группам, обучаются и воспитываются в соответствии с различными

вариантами программ во вспомогательных школах и ЦКРОиР. Пройдя специальное обучение, многие из них социально адаптируются и трудоустраиваются. Прогноз их развития относительно благополучен. Дети, входящие в четвертую группу, либо помещаются в интернатные учреждения, либо живут и обучаются на дому.

Рассмотрим подробнее психологическую характеристику детей с психическим недоразвитием.

Умственно отсталые дети и младенческого, и более позднего дошкольного возраста характеризуются существенными отклонениями в развитии *моторики*. Они гораздо позднее своих сверстников начинают тянуться к висящей перед ними игрушке, пытаются достать ее, а также позднее начинают сидеть, стоять, передвигаться в пространстве ползком, ходить. Замедленное развитие двигательной сферы существенно снижает возможности ребенка знакомиться с окружающим его предметным миром, ориентироваться в пространстве.

Движения умственно отсталых дошкольников отличаются неловкостью, плохой координированностью, чрезмерной замедленностью или, напротив, импульсивностью. Это служит одной из причин, затрудняющих овладение простейшими, жизненно необходимыми умениями и навыками самообслуживания. Например, в дошкольном возрасте многие умственно отсталые дети не могут пользоваться в нужной степени ложкой, вилок, проливают воду из чашки, им сложно самостоятельно одеться и раздеться, правильно сложить свои вещи. Неловкость движений умственно отсталых дошкольников обнаруживается в ходьбе, беге, прыжках, во всех видах практической деятельности. Слабое развитие моторики сказывается на других видах деятельности умственно отсталых детей: рисование, лепка, письмо, речь.

Однако под влиянием целенаправленной и организованной коррекционно-воспитательной работы движения постепенно приобретают четкость, координированность, плавность и в дальнейшем дети с УО танцуют, бегают на лыжах, играют в мяч, выполняют довольно сложные трудовые задания как бытового, так и производственного характера.

Внимание умственно отсталых детей преимущественно непроизвольно. Оно характеризуется небольшим объемом, неустойчивостью, трудной переключаемостью. При этом, проявления основных свойств внимания ребенка зависят от качественного своеобразия структуры его дефекта. Особенно малый объем внимания и его кратковременность свойственны возбудимым дошкольникам. Эти дети крайне импульсивны и несосредоточенны. Дети с характерной заторможенностью могут показаться на первый взгляд внимательными, но обычно это всего лишь внешние проявления их медлительности и патологической инертности.

Нарушения внимания в значительной мере мешают обучению, способствуют появлению множества ошибок при выполнении даже простых заданий. Поэтому в работе с такими детьми используют разнообразные средства для того, чтобы привлечь и удержать их внимание на том объекте, который в данный момент является предметом рассмотрения. Например, используются яркие предметы и их изображения, краткие эмоционально-выразительные пояснения или вопросы, разыгрывание простейших ситуаций с привлечением игрушек и т.п.

Мотивационно-потребностная сфера умственно отсталых дошкольников находится на начальной стадии становления. Их интересы односторонни, ситуативны, недифференцированы, неустойчивы, вызываются преимущественно физиологическими потребностями. Умственно отсталые дошкольники характеризуются сниженностью интереса к ближайшему предметному окружению. Возбудимые дети хватают все, что попадает в поле их зрения, не задумываясь о том, можно ли это делать. Однако ими руководит не интерес, а присущая им импульсивность. Они тут же бросают взятое, поскольку предмет сам по себе для них не интересен. Заторможенные дети как бы не замечают того, что вокруг них находится. Ничто не привлекает их внимания. Дети с сохранным поведением ведут себя несколько более адекватно. Привлекаемые яркой окраской или новизной, они берут предмет в руки, некоторое время смотрят на него, однако настоящего интереса к объекту не проявляют. Они редко задают взрослым вопросы, не пытаются самостоятельно узнать о предмете что-то новое. Их действия с предметом состоят в том, что они пытаются засунуть его в рот или стучат им по столу или полу. Такая деятельность не представляет собой попытку практического анализа предмета, осуществления желания выяснить присущие ему качества и свойства.

Познавательный интерес, определяющий в норме направленность ребенка на учебную деятельность, у умственно отсталых учащихся обнаруживается лишь как реакция на отдельные занимательные факты, события, которая не перерастает в интерес к предмету как к области знаний. Дети пассивно относятся к учебным занятиям, требующим мыслительной деятельности. У них значительно позже появляется интерес к содержанию учебного материала, к самому процессу учения. Особенно с большим трудом формируются у них познавательные интересы при выполнении сложной деятельности (чтении, письме, решении задач и примеров).

У умственно отсталых детей чаще, чем у нормально развивающихся, имеют место нарушения ощущения различной модальности и соответственно **восприятия** объектов и ситуаций. Недостаточная дифференцированность зрительного восприятия обнаруживается в неточном распознавании детьми близких по спектру цветов и цветовых оттенков, присущих тем

или иным объектам, в глобальном видении этих объектов, т.е. в отсутствии выделения характерных для них частей, частиц, пропорций и других своеобразий строения.

Для умственно отсталых детей характерно своеобразное узнавание объектов и явлений. Они склонны отождествлять в некоторой мере сходные предметы. Так, воспитанники детских садов нередко не видят различия между кошкой и белкой, компасом и часами, объединяют в одну группу такие геометрические фигуры, как квадрат и прямоугольник. Обучающиеся начальной школы недостаточно умеют приспособлять свое зрительное восприятие к изменяющимся условиям. Если изображения предметов, твердо ориентированных в пространстве, т.е. обладающих четко выраженным верхом и низом, предъявляются младшим школьникам перевернутыми на 180° , то они воспринимаются детьми как другие объекты, находящиеся в обычном положении. Например, блюдце с чашкой узнается как гриб.

Нарушения пространственной ориентировки – один из ярко выраженных дефектов, встречающихся при психическом недоразвитии. Отклонения в пространственной ориентировке отчетливо обнаруживаются на всех этапах онтогенеза.

У умственно отсталых младших школьников, как и у дошкольников, отмечается слабое развитие осязательного восприятия, формирование которого способствует поиску дополнительных резервов их продвижения.

Память детей с психическим недоразвитием развита очень слабо. Это особенно ярко обнаруживается на примерах запоминания вербального материала. Наглядный материал дети запоминают успешнее, однако, объекты и предметы запоминания сохраняются ненадолго.

Объем запоминаемого материала существенно отличается от такового у нормально развивающихся сверстников. Установлено, что если нормально развивающиеся дети запоминают 7 ± 2 объектов, одновременно предъявленных, то их умственно отсталые сверстники только 3. Причем чем более абстрактным является подлежащий запоминанию материал, тем меньшее его количество запоминают дети. Точность и прочность запоминания учащимися и словесного, и наглядного материала низкие. Воспроизводя его, они многое пропускают, переставляют местами элементы, составляющие единое целое, допускают много повторов и в то же время приносят ненужные элементы в результате различных, нередко случайных ассоциаций. Умственно отсталые учащиеся обычно пользуются непреднамеренным запоминанием. Они запоминают то, что привлекает их внимание и кажется интересным. Запоминая словесный материал, дети недостаточно умеют самостоятельно пользоваться мнемическими приемами (делить текст на абзацы, выделять основную мысль, определять опорные сло-

ва и выражения, устанавливая смысловые связи между частями материала и т.п.).

У умственно отсталых детей дошкольного возраста имеет место недостаточность всех уровней *мыслительной* деятельности. Их затрудняет решение даже простейших, наглядно-действенных задач, таких, как объединение разрезанного на 2 – 3 части изображения знакомого объекта, выбор геометрической фигуры, по своей форме и величине идентичной соответствующему имеющемуся на плоскости углублению («почтовый ящик»), и т.п. Дети выполняют подобные задания с большим количеством ошибок после ряда попыток. Причем одни и те же ошибки многократно повторяются, поскольку умственно отсталые дети, не достигнув успеха, обычно не изменяют способа действия.

Задания, требующие наглядно-образного мышления, вызывают у детей с психическим недоразвитием большие трудности. Они не могут сохранить в своей памяти показанный им образец и действуют ошибочно.

Максимально трудными оказываются задания, выполнение которых основывается на словесно-логическом мышлении.

Необходимо отметить, что недостатки мышления детей корректируются в ходе психолого-педагогического коррекционного воздействия, однако не преодолеваются полностью и вновь обнаруживаются при усложнении предъявляемых задач. Мышление умственно отсталых детей отличается стереотипностью, тугоподвижностью этого процесса, недостаточностью гибкости. Поэтому применение имеющихся знаний в новых условиях вызывает у школьников затруднения и часто приводит к ошибочному выполнению задания.

Становление *речи* умственно отсталого ребенка осуществляется своеобразно и с большим запозданием. Он позднее и менее активно вступает в эмоциональный контакт с матерью. В возрасте около года звуковые комплексы, произносимые детьми, бедны и характеризуются сниженной эмоциональной окрашенностью. У них слабо выражено стремление подражать речи взрослого. Они не реагируют на простейшие ситуативные команды, улавливают лишь интонацию, но не содержание обращенной к ним речи. Долгое время звучащая речь слабо интересует умственно отсталых дошкольников. Они недостаточно прислушиваются к ней и, как правило, начинают пытаться говорить с большим запаздыванием. Однако постепенно они в разные сроки, но все же овладевают элементарным речевым общением даже в тех случаях, когда семья не оказывает им никакой реальной помощи.

Отклонение от нормы имеет место и при усвоении словарного состава родного языка. Словарь детей с психическим недоразвитием беден и состоит преимущественно из имен существительных и глаголов. Среди имен

существительных преобладают слова, обозначающие хорошо знакомые детям предметы. Глаголы большей частью бесприставочные. Имена прилагательные занимают незначительное место в общем составе словаря. Они представляют собой малоконкретные характеристики типа «большой, маленький, хороший, плохой».

К старшим классам словарный запас школьников значительно обогащается. Этому способствуют специальное обучение, расширение жизненного опыта, общение со взрослыми и детьми, просмотр телевизионных передач и др. Однако дефицит слов, определяющих свойства человеческой личности, сохраняется, а используемые предложения остаются преимущественно простыми и по своему построению не всегда соответствуют общепринятым нормам.

Для умственно отсталых детей характерно позднее и неполноценное формирование всех видов *деятельности*. Особенно страдает у дошкольников произвольная деятельность. Это обусловлено тем, что ее осуществление требует определенного уровня развития мышления и речи, устойчивого внимания, а также умения целенаправленно приложить волевые усилия. Выполнение различных видов деятельности, предполагающих практические действия, затруднено ввиду отклонений в развитии двигательной сферы.

Так, простейшая предметно-практическая деятельность, включающая в себя элементы самообслуживания, принятия пищи и не представляющая большой сложности для нормально развивающихся дошкольников, у умственно отсталых детей вызывает серьезные затруднения и далеко не всегда осуществляется ими должным образом. Они неловки, невнимательны, легко отвлекаются, быстро забывают последовательность действий, недостаточно понимают важность того, чему их учат.

У умственно отсталых дошкольников можно наблюдать отдельные стереотипные игровые действия, которые не имеют смыслового наполнения. Иногда дети объединяются для игры в малочисленные группы, однако такие игры носят кратковременный характер, так как дети не способны следовать правилам игры, конфликтуют, отбирают друг у друга предметы игры. Особенно затруднительной для таких детей является сюжетно-ролевая игра, которой они практически не овладевают.

Изобразительная деятельность умственно отсталых детей формируется замедленно и своеобразно. В их рисунках есть характерные черты, имеющие диагностический характер. Например, даже в школьном возрасте дети с психическим недоразвитием продолжают изображать человека в образе головонога, что при нормальном развитии присуще детям в возрасте 3 – 4 лет. В рисунках находят свое отражение недифференциро-

ванность зрительного восприятия, низкий уровень мышления и памяти и несовершенство двигательной сферы.

При выполнении трудовой деятельности часто наблюдается «со-скальзывание» со сложных для детей заданий на более легкие. Кроме этого, для большинства умственно отсталых обучающихся характерно неумение адекватно оценить свои возможности. Они, как правило, с готовностью берутся за любое трудовое задание, не представляя себе ни способов изготовления предмета, ни порядка операций. Ученики не соблюдают необходимых требований, хотя в ряде случаев и помнят их. Школьники путаются и забывают, что и когда надо сделать, и нуждаются в постоянном контроле и разнообразной помощи со стороны учителя.

Успешность трудовой деятельности детей с психическим недоразвитием во многом зависит от их работоспособности. У умственно отсталых учащихся она ниже, чем у обычных обучающихся, соответственно и ниже результат их труда.

2. Задержанное психическое развитие

Задержка психического развития (ЗПР) – нарушение темпа всего психического развития при наличии значительных потенциальных возможностей.

Причинами нарушений психического развития могут быть тяжелые инфекционные заболевания матери во время беременности, токсикозы беременности, хроническая гипоксия плода вследствие плацентарной недостаточности, травмы во время беременности и при родах, генетические факторы, асфиксия, нейроинфекции, недостатки питания и хронические соматические заболевания, а также травмы мозга в ранний период жизни ребенка, исходный низкий уровень функциональных возможностей как индивидуальная особенность развития ребенка («церебрастенический инфантилизм»), тяжелые эмоциональные расстройства невротического характера, связанные, как правило, с крайне неблагоприятными условиями раннего развития.

Ранее нами обсуждались четыре варианта ЗПР: нарушение психического развития конституционального происхождения, соматогенного происхождения, психогенного происхождения и церебрально-органического генеза.

К недостаткам психического развития, существующим у детей рассматриваемой категории, относят отставание в развитии внимания, восприятия, мышления, памяти, речи, произвольной регуляции деятельности и других функций. Причем по ряду показателей актуального уровня развития дети с нарушениями психического развития оказываются часто близ-

кими к умственной отсталости. Но вместе с тем у них обнаруживаются значительно большие потенциальные возможности.

Существенным проявлением нарушений психического развития является очень низкий уровень активности во всех сферах психической деятельности, во всех ее видах. Это наблюдается и в восприятии, и в мыслительной деятельности, и в конструктивной деятельности, и даже в игре.

Низкий уровень активности служит как бы полупроницаемым барьером по отношению к воздействиям окружающего мира и является одной из причин того, что в психическом развитии детей этой категории очень отчетливо проявляется закономерность, общая для всех видов нарушенного развития, снижение, по сравнению с нормой, скорости и уменьшение объема приема и переработки информации. В значительной мере в результате этого у них замедленно формируются представления, понятия, различные навыки и умения.

Диагностировать задержку психического развития в дошкольном возрасте довольно затруднительно. Связано это с тем, что при нарушениях психического развития наблюдаются проявления отставания в развитии разных функций, сходные с наблюдаемыми при умственной отсталости. В то же время при выраженных нарушениях речевого развития могут наблюдаться сходные проявления отставания.

Поведение этих детей соответствует более младшему возрасту, они более зависимы от взрослого, значительно менее активны, безынициативны, у них слабо выражены познавательные интересы, проявляющиеся в бесконечных вопросах нормально развивающихся дошкольников. Значительно отстают они и по сформированности регуляции и саморегуляции поведения, в результате чего не могут хотя бы относительно долго сосредоточиться на каком-либо одном занятии. Отмечается недоразвитие эмоционально-волевой сферы, которое проявляется в примитивности эмоций и их неустойчивости.

Отставание детей в речевом развитии проявляется в ограниченности словаря, недостаточной сформированности грамматического строя, наличии у многих из них недостатков произношения и звукоразличения, а также в низкой речевой активности.

Распространенность недостатков зрения и слуха среди детей с нарушениями психического развития не выше, чем среди нормально развивающихся детей

Отмечают у детей с нарушениями психического развития трудности в выделении фигуры на фоне, затруднения при различении близких по форме фигур и при необходимости вычленить детали рассматриваемого объекта, недостатки восприятия глубины пространства, что затрудняет детям определение удаленности предметов, и в целом недостатки зрительно-

пространственной ориентировки. Особые трудности обнаруживаются в восприятии расположения отдельных элементов в сложных изображениях.

У детей с нарушениями психического развития имеются затруднения в построении целостного образа из отдельных предъявленных частей. Формирование целостного образа происходит замедленно, поэтому ребенок многого не замечает, упускает детали.

Недостатки развития моторики у детей описываемой категории обнаруживаются на разных уровнях нервной и нервно-психической организации. Результатом функциональной недостаточности, проявлением слабо выраженной резидуальной органики являются имеющие место у всех детей двигательная неловкость и недостаточная координация, проявляющиеся даже в таких автоматизированных движениях, как ходьба, бег.

В наибольшей мере отставание в развитии двигательной сферы проявляется в произвольных осознанных движениях, направленных на достижение определенной цели. Недостатки моторики неблагоприятно сказываются на развитии изобразительной деятельности детей, обнаруживаясь в трудностях проведения простых линий, выполнении мелких деталей рисунка, а в дальнейшем – в трудностях овладения письмом.

Недостатки внимания присутствуют у детей, относящихся к разным клиническим формам нарушения психического развития. Проявления недостаточности внимания обнаруживаются уже при наблюдении за особенностями восприятия окружающих предметов и явлений. Дети плохо сосредоточиваются на одном объекте, их внимание неустойчиво. Эта неустойчивость проявляется и в любой другой деятельности, которой занимаются дети. Недостатки внимания детей с задержкой психического развития в значительной мере связаны с низкой работоспособностью, повышенной истощаемостью, которые особенно характерны для детей с органической недостаточностью центральной нервной системы.

У детей с нарушениями психического развития обнаруживается меньшая эффективность словесного запоминания по сравнению с наглядной памятью, а также то, что показатели этого вида памяти у детей с нарушениями развития и нормально развивающихся практически совпадают, а у умственно отсталых значительно ниже по сравнению с этими двумя группами.

У детей рассматриваемой группы наблюдается отставание в развитии всех видов мышления (наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического), которое в наибольшей мере обнаруживается по показателям актуального уровня развития и в наименьшей степени выступает при решении задач наглядно-действенного характера.

Простейшие задания наглядно-действенного характера дети описываемой группы выполняют вполне успешно. Отставание от нормально раз-

вивающихся сверстников по уровню развития наглядно-образного мышления выражено значительно больше.

Недостатки наглядно-образного мышления у детей с нарушениями психического развития, связаны не только с несформированностью (или недостаточной сформированностью) мыслительной операции анализа, действия сравнения (прежде всего в наглядном плане) и других операций и действий. Они являются также следствием несформированности, слабости, нечеткости образов-представлений, что дополнительно затрудняет возможности оперирования ими: расчленения, соотнесения, объединения и сопоставления образов-представлений и их отдельных элементов. Именно это оперирование и составляет сущность наглядно-образного мышления. Особенности оперирования образами-представлениями у школьников с нарушениями психического развития усугубляются недостатками пространственного восприятия и пространственной ориентировки, распространенными среди детей с нарушениями психического развития.

Учитывая недостатки в развитии наглядно-образного мышления у детей рассматриваемой категории, его значение в формировании умственной деятельности в целом и ограниченные возможности его спонтанного развития, в системе обучения этих детей необходимо предусмотреть ряд соответствующих коррекционных занятий, способствующих формированию разнообразных образов-представлений и умений оперировать ими.

У детей с ЗПР наблюдается отсутствие школьной готовности: знания и представления об окружающей действительности у них неполноценны, обрывочны, основные мыслительные операции сформированы недостаточно, а имеющиеся неустойчивы, познавательные интересы выражены крайне слабо, учебная мотивация отсутствует, проявляемое ими желание идти в школу связано лишь с внешней атрибутикой (приобретение ранца, карандашей, тетрадей и т.п.), речь не сформирована до необходимого уровня, в частности отсутствуют даже элементы монологической речи, произвольная регуляция поведения отсутствует.

Вследствие этих особенностей детям с нарушениями психического развития чрезвычайно трудно соблюдать школьный режим, подчиняться четким правилам поведения, т.е. обнаруживаются трудности школьной адаптации. Во время уроков они не могут усидеть на месте, вертятся, встают, перебирают предметы на столе и в сумке, лезут под стол. На переменах бесцельно бегают, кричат, часто затевают бессмысленную возню. Существенную роль в таком поведении играет и свойственная большинству из них гиперактивность. Учебная деятельность их характеризуется низкой продуктивностью: они часто не усваивают задания, даваемые учителем, не могут на относительно длительное время сосредоточиться на их выполнении, отвлекаются на любые посторонние стимулы. Однако, в бла-

гополучной ситуации дети с задержкой психического развития достаточно послушны, управляемы и подчиняются общим правилам поведения.

6. Поврежденное и дефицитарное психическое развитие

1. Поврежденное психическое развитие.
2. Дефицитарное психическое развитие.

1. Поврежденное психическое развитие

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 особенностью поврежденного психического развития выступает парциальность расстройств.

Поврежденное развитие имеет ту же *этиологию* (наследственные заболевания; внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2–3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Для дифференциальной диагностики поврежденного психического развития с олигофренией имеют принципиальное значение указание на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка до периода перенесенной инфекции, интоксикации или травмы мозга и хронологическая связь психического снижения с перенесенной вредностью.

В неврологическом статусе чаще отмечаются локальные признаки (парезы, параличи, судорожные припадки).

Структура дефекта при поврежденном развитии в отличие от психического недоразвития отличается частичностью расстройств. Это могут быть грубые локальные корковые или подкорковые нарушения в детском возрасте и повреждение лобных систем в более старшем возрасте. Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций у ребенка обнаруживаются расстройства эмоциональной сферы, а также интеллектуальные и личностные нарушения.

При поврежденном психическом развитии первичный дефект связан с различной локализацией повреждения. Характер вторичных дефектов обусловлен спецификой первичного поражения, а также недоразвитием

систем, как функционально связанных с поврежденными, так и более молодых в фило- и онтогенезе.

Наиболее тяжелые нарушения психики наблюдаются у детей вследствие перенесенных менингитов, менингоэнцефалитов и тяжелых травм головного мозга, при которых могут возникнуть три основных вида слабоумия: органическое слабоумие с грубым нарушением мыслительных операций; задержка психического развития с нарушением предпосылок в развитии интеллекта и познавательных процессов; психопатоподобное поведение с грубым нарушением эмоционально-волевой сферы.

По локализации повреждения выделяются две группы детей с поврежденным развитием. При *локально поврежденном* типе развития специфика формирования когнитивных процессов определяется локализацией поражения. 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.

Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция. При возникновении деменции в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетически более молодых образований (лобных систем). В более старшем детском возрасте может иметь место и первичное повреждение лобных систем. Страдают лобно-подкорковые взаимоотношения. Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций отмечаются расстройства эмоциональной сферы, нередко с расторможением влечений, тяжелые нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархических связей, нередко с грубым регрессом интеллекта и поведения.

Исходя из критерия динамики болезненного процесса различают *резидуальную* органическую деменцию, при которой слабоумие представляет собой остаточные явления поражения мозга травмой, инфекцией, интоксикацией, и *прогрессирующую* деменцию, обусловленную так называемыми текущими органическими процессами (хронически протекающими менингитами и энцефалитами, опухолевыми, наследственными дегенеративными и обменными заболеваниями, прогрессирующим склерозом мозга).

Г.Е. Сухарева на основе клинико-психологического анализа выделила четыре типа органических деменций 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.

По этиологическому критерию различают эпилептическую, постэнцефалитическую, травматическую и склеротическую деменцию.

Эпилептическая деменция формируется при так называемой эпилептической болезни, при которой помимо судорожных припадков имеются специфические особенности мышления, эмоциональной сферы, личности в целом, проявляющиеся в общей психической тугоподвижности, вязкости мышления и аффекта, полярности эмоций, выраженной напряженности аффекта с легко возникающими вспышками ярости и гнева.

Один из вариантов поврежденного развития – деменция вследствие ревматических заболеваний у детей. Э. Крепелин описал острые психозы, возникающие при ревматизме и выделил следующие для ревматического психоза признаки: угнетение психической деятельности, нарастание ипохондрического синдрома, апатии, что обусловлено недостаточностью кислородного обмена мозга.

Важное значение в исследовании гностических особенностей у детей с поврежденным развитием имеют нейропсихологические исследования. В нейропсихологических исследованиях психологов (J. McFie, Э.Г. Семерницкая, И.И. Мамайчук и др.) 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. 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.

Необходимо отметить, что в патогенезе и формировании клинико-психологических проявлений органической деменции кроме этиологии важное значение имеет время приобретения заболевания, степень рас-

пространенности локализации процесса и преморбидные (доболезненные) особенности личности больного.

Таким образом, поврежденное психическое развитие обусловлено более поздним неблагоприятным воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем уже сформировалась и их недостаточность проявляется в признаках повреждения. При этом, 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 отклоняющегося развития 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.

2. Дефицитарное психическое развитие

Этот тип дизонтогенеза связан с первичной недостаточностью отдельных систем (речи, слуха, зрения, опорно-двигательной системы и пр.).

Нарушения речи. Известно, что для нормальной речевой деятельности необходима целостность и сохранность всех структур мозга. Кроме этого, значение имеют слуховая, зрительная и моторная системы. Устная речь осуществляется посредством координированной работы мышц трех отделов периферического речевого аппарата: дыхательного, голосового и артикуляционного. Речевой выдох вызывает колебания голосовых складок, что обеспечивает голос в процессе речи. Произнесение речевых звуков (артикуляция) происходит благодаря работе артикуляционного отдела. Вся работа периферического речевого аппарата, которая связана с точнейшими и тончайшими координациями в сокращении его мышц, регулируется центральной нервной системой (ЦНС). Качественные характеристики речи зависят от совместной синхронной работы многих зон коры правого и левого полушарий, что возможно только при условии нормального функционирования низлежащих структур мозга. Особую роль в речевой деятельности играют речеслуховая и речедвигательная зоны, которые расположены в доминантном (левом для правшей) полушарии мозга.

Речь формируется в процессе общего психофизического развития ребенка. В период от одного года до пяти лет у здорового ребенка постепенно формируются фонематическое восприятие, лексико-грамматическая сторона речи, развивается нормативное звукопроизношение. На самом раннем этапе развития речи ребенок овладевает голосовыми реакциями в виде вокализации, гуления, лепета. В процессе развития лепета произносимые ребенком звуки постепенно приближаются к звукам родного языка.

К одному году ребенок понимает значения многих слов и начинает произносить первые слова. После полутора лет у ребенка появляется простая фраза (из двух-трех слов), которая постепенно усложняется. К трем годам обычно сформированы основные лексико-грамматические конструкции обиходной речи. В это время ребенок переходит к овладению развернутой фразовой речью. К пяти годам развиваются механизмы координации между дыханием, фонацией и артикуляцией, что обеспечивает достаточную плавность речевого высказывания.

Таким образом, к условиям формирования нормальной речи относятся сохранная ЦНС, наличие нормального слуха и зрения и достаточный уровень активного речевого общения взрослых с ребенком.

Среди причин, вызывающих нарушения речи, различают биологические и социальные факторы риска. Биологические причины развития речевых нарушений представляют собой патогенные факторы, воздействующие главным образом в период внутриутробного развития и родов (гипоксия плода, родовые травмы и т.п.), а также в первые месяцы жизни после рождения (мозговые инфекции, травмы и т.п.) Особую роль в развитии речевых нарушений играют такие факторы, как семейная отягощенность речевыми нарушениями, леворукость и правшество. Социально-психологические факторы риска связаны преимущественно с психической депривацией детей, недостаточностью эмоционального и речевого общения ребенка со взрослыми.

К основным видам нарушения речи относятся *дислалия, нарушения голоса, ринология, дизартрия, заикание, алалия, афазия, дислексия и дисграфия.*

Дислалия – это нарушение звукопроизношения. При дислалии слух и иннервация мышц речевого аппарата остаются сохранными. Нарушение звукопроизношения при дислалии связано с аномалией строения артикуляционного аппарата либо особенностями речевого воспитания. В связи с этим различают механическую и функциональную дислалию. Механическая (органическая) дислалия связана с нарушением строения артикуляционного аппарата: неправильный прикус, неправильное строение зубов, неправильное строение твердого неба, аномально большой или маленький язык, короткая уздечка языка, данные дефекты затрудняют нормальное произношение звуков речи. Функциональная дислалия чаще всего связана с неправильным речевым воспитанием ребенка в семье («сюсюканьем», использованием «нянькиного языка» при общении взрослых с ребенком); неправильным звукопроизношением взрослых в ближайшем окружении ребенка; педагогической запущенностью, незрелостью фонематического восприятия.

Нарушение голоса – это отсутствие или расстройство голосообразования (фонации) вследствие патологических изменений голосового аппарата. Различают частичное нарушение голоса (страдает высота, сила и тембр) – *дисфония* и полное отсутствие голоса – *афония*. Нарушения голоса встречаются как у взрослых, так и у детей. Возрастные изменения голоса бывают у подростков 13–15 лет, что связано с эндокринной перестройкой в период полового созревания. Этот период развития голоса называется мутационным. В это время подростку необходим охранительный голосовой режим.

Ринолалия – нарушение звукопроизношения и тембра голоса, связанное с врожденным анатомическим дефектом строения артикуляционного аппарата. Анатомический дефект проявляется в виде расщелины (незаращения) на верхней губе, десне, твердом и мягком небе. В результате этого между носовой и ротовой полостью имеется открытая расщелина (отверстие) либо расщелина, прикрытая истонченной слизистой оболочкой. Часто расщелины сочетаются с различными зубочелюстными аномалиями.

Речь ребенка при ринолалии характеризуется невнятностью из-за назализованности (гнусавости) голоса и нарушения произношения многих звуков. Чем обширнее расщелина, тем сильнее сказывается ее отрицательное влияние на формирование звуковой стороны речи. В тяжелых случаях речь ребенка не понятна для окружающих. Нарушения в строении и деятельности речевого аппарата при ринолалии обуславливают отклонения в развитии не только звуковой стороны речи. В разной степени страдают все структурные компоненты языковой системы.

Дизартрия – нарушение звукопроизносительной и мелодико-интонационной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата. Дизартрия связана с органическим поражением нервной системы, в результате чего нарушается двигательная сторона речи. При дизартрии наблюдаются расстройства звукопроизношения, голосообразования, темпо-ритма речи и интонации. Степень выраженности дизартрии бывает разной: от полной невозможности произнесения речевых звуков (анартрия) до еле заметной слушателю нечеткости произношения (стертая дизартрия), что зависит от характера и тяжести поражения нервной системы.

Заикание – нарушение плавности речи, обусловленное судорогами мышц речевого аппарата. Заикание, как правило, начинается у детей в возрасте от 2 до 6 лет. Оно может появиться у детей с опережающим речевым развитием в результате излишней речевой нагрузки, психической травмы либо у детей с задержанным речевым развитием в результате поражения определенных структур центральной нервной системы. Основным проявлением заикания являются судороги мышц речевого аппарата, которые

возникают только в момент речи или при попытке начать речь. Речь заикающихся характеризуется повторениями звуков, слогов или слов, удлинением звуков, обрывом слов, вставками дополнительных звуков или слов.

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи у детей, обусловленное органическим поражением головного мозга. Алалия является одним из наиболее тяжелых и сложных дефектов речи. Для этой речевой патологии характерны позднее появление речи, ее замедленное развитие, значительное ограничение как пассивного, так и активного словаря. Речевое развитие при данном нарушении идет по патологическому пути. В зависимости от преимущественной симптоматики различают главным образом две формы алалии: экспрессивную и импрессивную.

При *экспрессивной* (моторной) алалии не формируется звуковой образ слова. Для устной речи таких детей характерны упрощения слоговой структуры слов, пропуски, перестановки и замены звуков, слогов, а также слов во фразе. Существенно страдает усвоение грамматических структур языка. Речевое развитие таких детей бывает разным: от полного отсутствия устной речи до возможности реализовать достаточно связные высказывания, в которых могут наблюдаться разнообразные ошибки. *Импрессивная* (сенсорная) алалия характеризуется нарушением восприятия и понимания речи при полноценном физическом слухе. Ведущим симптомом этого нарушения является расстройство фонематического восприятия, которое может быть выражено в различной степени: от полного неразличения речевых звуков до затрудненного восприятия устной речи на слух.

Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная органическими локальными поражениями головного мозга. При афазии главным образом поражаются определенные зоны доминантного по речи полушария. Выделяют несколько форм афазии, в основе которых лежит нарушение либо понимания речи, либо ее производства. В тяжелых случаях при афазии у человека нарушается способность как понимать речь окружающих, так и говорить.

Частичное расстройство процессов чтения и письма обозначают терминами дислексия и дисграфия. Их основным симптомом является наличие стойких специфических ошибок, возникновение которых у учеников общеобразовательной школы не связано ни со снижением интеллектуального развития, ни с выраженными нарушениями слуха и зрения, ни с нерегулярностью школьного обучения. Дислексия и дисграфия обычно встречаются в сочетании. Полная неспособность овладением письмом и чтением называется соответственно аграфией и алексией. Причины дисграфии и дислексии связаны с нарушением взаимодействия различных анализаторных систем коры больших полушарий.

Дисграфия проявляется в стойких и повторяющихся ошибках письма. Эти ошибки обычно группируют по следующим принципам: смещения и замены букв; искажения звуко-слоговой структуры слова; нарушения слитности написания отдельных слов в предложении; аграмматизм; смешения букв по оптическому сходству.

Дислексия как частичное расстройство процесса овладения чтением проявляется в многочисленных повторяющихся ошибках в виде замен, перестановок, пропусков букв и т. п., что обусловлено несформированностью психических функций, обеспечивающих процесс овладения чтением.

Дети с дисграфиями и дислексиями нуждаются в логопедических занятиях, на которых используются специальные методы формирования навыков письма и чтения.

Нарушение слуха. Все причины и факторы нарушений слуха следует разделить на три группы.

1. Причины и факторы, приводящие к возникновению *наследственной* глухоты или тугоухости.

2. Факторы, воздействующие на развивающийся плод во время беременности матери или приводящие к общей интоксикации организма матери в этот период (*врожденное* нарушение слуха).

3. Факторы, действующие на сохранный орган слуха ребенка в процессе его жизни (*приобретенное* нарушение слуха).

Вместе с тем исследователи полагают, что достаточно часто поражение слуха возникает под действием нескольких факторов, оказывающих воздействие в различные периоды развития ребенка. Соответственно они выделяют фоновые и манифестные факторы. Фоновые факторы, или факторы риска, создают благоприятный фон для развития глухоты или тугоухости. Манифестные факторы вызывают резкое ухудшение слуха.

Выделяют три основные группы детей с нарушениями слуха: глухих, слабослышащих (тугоухих) и позднооглохших.

Глухие дети имеют глубокое стойкое двустороннее нарушение слуха, которое может быть наследственным, врожденным или приобретенным в раннем детстве (до овладения речью). Для психического развития глухих детей, как и всех других, имеющих нарушения слуха, является чрезвычайно значимым, как организуется процесс их воспитания и обучения с раннего детства, насколько в этом процессе учитывается своеобразие психического развития, насколько систематически реализуются социально-педагогические средства, обеспечивающие компенсаторное развитие ребенка.

Слабослышащие (тугоухие) – дети с частичной недостаточностью слуха, приводящей к нарушению речевого развития. Недостатки слуха у ребенка приводят к замедлению в овладении речью, к восприятию речи на

слух в искаженном виде. Варианты развития речи у слабослышащих детей очень велики и зависят от индивидуальных психофизических особенностей ребенка и от тех социально-педагогических условий, в которых он находится, воспитывается и обучается. Слабослышащий ребенок даже с тугоухостью второй степени к моменту поступления в школу может иметь развитую, грамматически и лексически правильную речь с небольшими ошибками в произношении отдельных слов или отдельных речевых звуков. Психическое развитие такого ребенка приближается к нормальному.

Позднооглохшие – это дети, потерявшие слух вследствие какой-либо болезни или травмы после того, как они овладели речью. У таких детей может появиться тяжелая психическая реакция на то, что они не слышат многие звуки или слышат их искаженными, не понимают, что им говорят. Это иногда ведет к полному отказу ребенка от какого-либо общения, даже к психическому заболеванию. При совокупности благоприятных условий воспитания и обучения позднооглохшего ребенка развитие его речи, познавательных и волевых процессов приближается к нормальному.

У детей с нарушениями слуха всех групп возможны еще дополнительные первичные нарушения различных органов и систем:

- нарушения деятельности вестибулярного аппарата;
- разные варианты нарушения зрения;
- минимальная мозговая дисфункция, приводящая к первичной задержке психического развития;
- обширное поражение мозга, вызывающее олигофрению;
- нарушения мозговых систем, ведущих к детскому церебральному параличу или другим изменениям в регуляции двигательной сферы;
- локальные нарушения слухоречевой системы мозга (корковых и подкорковых образований);
- заболевания центральной нервной системы и всего организма, ведущие к психическим заболеваниям (шизофрении, маниакально-депрессивному психозу и др.);
- тяжелые заболевания внутренних органов — сердца, легких, почек, пищеварительной системы и др., ведущие к общему ослаблению организма;
- возможность глубокой социально-педагогической запущенности.

Нарушение зрения. В зависимости от степени нарушения зрения делятся на слепых и слабовидящих.

Слепые (незрячие) – подкатегория лиц с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение (до 0,04 на лучше видящем глазу с коррекцией очками), а также лица с прогрессивными заболеваниями и сужением поля зрения (до 10–15) с остротой зрения до 0,08.

По степени нарушения зрения различают лиц с абсолютной (тотальной) слепотой на оба глаза, при которой полностью утрачиваются зрительные восприятия, и лиц практически слепых, у которых имеется светоощущение или остаточное зрение, позволяющее воспринимать свет, цвет, контуры (силуэты) предметов.

Слабовидящие – подкатегория лиц с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2 на лучшем видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

Нарушения зрения могут быть врожденными и приобретенными.

Врожденная слепота обусловлена повреждениями или заболеваниями плода в период внутриутробного развития либо является следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения.

Приобретенная слепота обычно бывает следствием заболевания органов зрения – сетчатки, роговицы и заболеваний центральной нервной системы (менингит, опухоль мозга, менингоэнцефалит), осложнений после общих заболеваний организма (корь, грипп, скарлатина), травматических повреждений мозга (ранения головы, ушибы) или глаз.

Различают *прогрессирующие* и *непрогрессирующие* нарушения зрительного анализатора. При прогрессирующих зрительных дефектах происходит постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса. К непрогрессирующим дефектам зрительного анализатора относят некоторые врожденные его пороки, такие, как астигматизм, катаракта. Причинами этих дефектов могут стать также последствия некоторых заболеваний и глазных операций.

Поскольку нарушения функций зрительного анализатора могут возникнуть у детей, как во время внутриутробного развития, так и после рождения, существуют следующие категории детей с нарушениями зрения: слепорожденные, рано ослепшие, лишившихся зрения после трех лет жизни. Такая дифференциация основывается на том, что время утраты зрения имеет очень большое значение для последующего развития ребенка.

Время наступления зрительного нарушения имеет существенное значение для психического и физического развития ребенка. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, психофизические особенности и своеобразие психофизического развития. Психическое развитие слепорожденных имеет такие же закономерности, как и у зрячих детей, но отсутствие визуальной ориентировки сказывается наиболее заметно на двигательной сфере, на содержании социального опыта.

Потеря зрения формирует своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта. У незрячих возникают трудности в иг-

ре, учении, в овладении профессиональной деятельностью. В более старшем возрасте у лиц с нарушенным зрением возникают бытовые проблемы, что вызывает сложные переживания и негативные реакции.

Развитие высших познавательных процессов у слепорожденных протекает нормально. Слепой ребенок имеет все возможности для высокого уровня психофизического развития и полноценного познания окружающего мира с опорой на сохранную анализаторную сеть. В условиях специального обучения формируются адекватные приемы и способы использования слухового, кожного, обонятельного, вибрационного и других анализаторов. Благодаря этому развиваются высшие формы познавательной деятельности, которые являются ведущими в компенсаторной перестройке восприятия.

Слабовидящие имеют некоторую возможность при знакомстве с явлениями, предметами, а также при пространственной ориентировке и при движении использовать имеющееся у них зрение. Зрение остается у них ведущим анализатором. Однако их зрительное восприятие сохранно лишь частично и является не вполне полноценным. Обзор окружающей действительности у них сужен, замедлен и неточен, поэтому их зрительное восприятие и впечатления ограничены, а представления имеют качественное своеобразие.

Большое значение в восприятии и познании окружающей действительности у слепых и слабовидящих имеет осязание. Тактильное восприятие обеспечивает получение комплекса разнообразных ощущений (прикосновение, давление, движение, тепло, холод, боль, фактура материала и др.) и помогает определять форму, размеры фигуры, устанавливать пропорциональные отношения.

Наряду с осязанием у слепых и слабовидящих в различных видах деятельности важную роль играет слуховое восприятие и речь. Возникшее на первой стадии системы компенсации слепоты дифференцированное слуховое восприятие и голосовые реакции при знакомстве с предметами становятся все более значимыми как средство общения с окружающими людьми. С помощью звуков слепые и слабовидящие могут свободно определять предметные и пространственные свойства окружающей среды.

Необходимо отметить, что успешность овладения лицами с нарушениями зрения различными видами деятельности: предметной, игровой, трудовой, учебной – зависит от высокого уровня развития наглядно-образных представлений, пространственного мышления, пространственной ориентировки.

Нарушение опорно-двигательного аппарата. Ведущим в клинической картине этого нарушения является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функ-

ций). Часть детей с такой патологией не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности.

Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами (ДЦП). ДЦП – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга на ранних этапах развития (во внутриутробный период, в момент родов и на первом году жизни). Двигательные расстройства у детей с ДЦП часто сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, с нарушениями функций других анализаторов (зрения, слуха). Поэтому эти дети нуждаются в лечебной, психолого-педагогической и социальной помощи.

К причинам нарушений опорно-двигательного аппарата относят следующие.

1. Внутриутробная патология.

- инфекционные заболевания матери: микробные, вирусные (за последние годы распространённость нейроинфекций возросла, особенно вирусных – таких, как гриппозные, герпес, хламидиозы и др.);

- последствия острых и хронических соматических заболеваний матери (сердечно-сосудистые, эндокринные нарушения);

- тяжелые токсикозы беременности;

- несовместимость по резус-фактору или группам крови;

- травмы, ушибы плода;

- интоксикации;

- экологические вредности.

2. Родовая травма, асфиксия.

3. Патологические факторы, действующие на организм ребенка на первом году жизни:

- нейроинфекции (менингит, энцефалит и др.);

- травмы, ушибы головы ребенка;

- осложнение после прививок.

Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения ДЦП.

Отмечают различные виды патологии опорно-двигательного аппарата: заболевания нервной системы (детский церебральный паралич, полиомиелит); врожденная патология опорно-двигательного аппарата (врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость и другие деформации стоп, аномалии развития позвоночника (сколиоз), недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипоз (врожденное урод-

ство); приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата (травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Основную массу среди них составляют дети с церебральным параличом.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Ведущими в клинической картине детского церебрального паралича являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками.

Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в широких пределах, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом – минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, варьируют в широком диапазоне.

Причиной ДЦП могут быть различные неблагоприятные факторы, воздействующие во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде).

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

Часто при детском церебральном параличе наблюдается повышение мышечного тонуса – *спастичность*. Мышцы в этом случае напряжены. Характерным является нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки. При резком повышении мы-

шечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей.

При *ригидности* мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимальное повышение мышечного тонуса). Нарушаются плавность и слаженность мышечного взаимодействия.

При *гипотонии* (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. При гипотонии объем пассивных движений значительно больше нормального.

Дистония – меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством, изменчивостью. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает, в результате чего оно может оказаться невозможным.

В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей, называется центральным параличом, а ограничение объема движений – центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги. Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук.

Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы – произвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения.

Тремор – дрожание пальцев рук и языка. Он наиболее выражен при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается.

Нарушения равновесия и координации движений называют *атаксией*. Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки, нарушена координация тонких, дифференцированных движений.

Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Нарушение ощущений движения называют *кинестезией*. При всех

формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения. Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условно-рефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве.

Статокинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

Синкинезии – это произвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки).

Выраженность *патологических тонических рефлексов* отражает основной механизм нарушений при ДЦП. Отмечается запаздывание в угасании врожденных безусловно-рефлекторных двигательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы. Патологически усиленные позотонические рефлексы не только нарушают последовательный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования патологических поз, движений, контрактур и деформаций. Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто при помощи специальных приспособлений. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные.

Структура дефекта при ДЦП включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Созревание психической деятельности детей с церебральными параличами резко задерживается и на этом фоне выявляются различные формы нарушения психики, и прежде всего познавательной деятельности. При этом, не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений.

Нарушения развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. У таких детей снижен запас сведений и представлений об окружающем, наблюдается неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, когда имеет место нарушение одних интел-

лектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития. Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП.

Для детей с церебральным параличом характерны расстройства эмоционально-волевой сферы, у одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастности.

У детей с церебральным параличом достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы.

В структуре дефекта у детей с церебральным параличом значительно место занимают нарушения речи. Речевые нарушения затрудняют общение детей с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии. У детей с церебральным параличом выделяют следующие формы речевых нарушений: дизартрия, задержка речевого развития, алалия, нарушения письменной речи.

7. Искаженное и дисгармоничное психическое развитие

1. Искаженное психическое развитие.
2. Дисгармоничное психическое развитие.

1. Искаженное психическое развитие

Для изучения ряда закономерностей искажения психического развития показателен дизонтогенез при так называемом синдроме раннего детского аутизма.

Аутизм представляет собой нарушение развития нервной системы, для которого свойственны многообразные проявления, отмечаемые впервые в младенческом или детском возрасте, и устойчивое течение расстройства, как правило, без ремиссий. Симптомы обычно сохраняются и у взрослых, пусть зачастую и в смягченной форме. Одного симптома недо-

статочно для определения аутизма, требуется наличие характерной триады: недостаток социальных взаимодействий; нарушенная взаимная коммуникация; ограниченность интересов и повторяющийся репертуар поведения. Аутизм является одним из трех расстройств аутистического спектра.

Нарушения социальных взаимодействий отличают расстройства аутистического спектра от остальных расстройств развития. Человек с аутизмом неспособен к полноценному социальному общению и зачастую не может, подобно обычным людям, интуитивно почувствовать состояние другого человека.

Социальные нарушения становятся заметными в раннем детстве. Младенцы с аутизмом уделяют меньше внимания социальным стимулам, реже улыбаются и смотрят на других людей, реже откликаются на собственное имя. В период обучения ходьбе, ребенок еще заметнее отклоняется от социальных норм: он редко смотрит в глаза, не предвосхищает изменением позы попытку взять его на руки, а свои желания чаще выражает, манипулируя рукой другого человека. В возрасте от трех до пяти лет такие дети реже демонстрируют способность к пониманию социальной обстановки, не склонны спонтанно приближаться к другим людям, реагировать на проявление ими эмоций или имитировать чужое поведение, участвовать в невербальном общении, действовать по очереди с другими людьми. В то же время они привязываются к тем, кто непосредственно о них заботится.

От трети до половины аутистов оказываются неспособны достичь уровня речевого развития, достаточного для выполнения повседневных задач. Уже в первый год жизни могут наблюдаться такие отклонения, как позднее возникновение лепета, необычная жестикуляция, слабая реакция на попытки общения, разноречивой при обмене звуками со взрослым. На второй и третий годы жизни дети-аутисты реже и меньше лепечут, в их речи меньше согласных звуков, ниже словарный запас, они реже комбинируют слова, их жесты реже сопровождаются словами. Они реже обращаются с просьбами и делятся своими переживаниями, склонны к эхололии (повторению чужих слов) и реверсии местоимений.

У лиц с аутизмом наблюдается множество форм повторяющегося или ограниченного поведения, которое по шкале Repetitive Behavior Scale-Revised (RBS-R) подразделяется на следующие категории.

Стереотипия – бесцельные движения (взмахи руками, вращение головы, раскачивание туловища).

Компульсивное поведение – намеренное соблюдение неких правил, например, расположение объектов определенным образом

Потребность в *однообразии*, сопротивление переменам; пример – сопротивление перемещениям мебели, отказ отвлекаться на чужое вмешательство.

Ритуальное поведение – выполнение повседневных занятий в одном порядке и в то же время, например, соблюдение неизменной диеты или ритуала облачения в одежду.

Ограниченное поведение – узкофокусированное, при котором интерес человека или его активность, например, направлены на единственную телепрограмму или игрушку.

Самоповреждение – активность, приводящая или способная привести к ранениям самого человека, например, укусы самого себя.

Ни одна из разновидностей повторяющегося поведения не является специфичной для аутизма, однако только при аутизме повторяющееся поведение наблюдается часто и носит выраженный характер.

Необходимо отметить, что у аутистов могут наблюдаться симптомы, не связанные с диагнозом, но оказывающие значительное влияние на пациента или его семью. Так дети с расстройствами аутистического спектра демонстрируют необычные способности, простирающиеся от узких обособленных навыков, вроде запоминания незначительных фактов, до чрезвычайно редких талантов, обнаруживающихся при синдроме саванта.

Расстройства аутистического спектра часто сопровождаются повышенной способностью к сенсорному восприятию и усиленным вниманием. Более выражены отличия в недостаточной реактивности (например, ребенок натывается на предметы) или избыточной реактивности (например, плач от громких звуков), затем следует стремление к сенсорной стимуляции (например, ритмические движения). В нескольких исследованиях отмечена ассоциация аутизма с проблемами моторики, включая ослабленный тонус мышц.

Среди детей с расстройствами аутистического спектра примерно в двух третях случаев наблюдаются отклонения в пищевом поведении. Самой распространенной проблемой является избирательность в выборе блюд, однако также могут отмечаться ритуалы и отказ от еды, при этом не отмечается недоедания.

Аутизм входит в группу пяти первазивных расстройств развития, для которых характерны обширные отклонения в социальных взаимодействиях и коммуникации, узость интересов и явно повторяющееся поведение. Эти симптомы не подразумевают болезненности, хрупкости либо эмоциональных нарушений.

К аутизму по признакам и возможным причинам ближе всего синдромы Аспергера и Ретта, детское дезинтегративное расстройство. Они имеют некоторые общие признаки с аутизмом, однако их причины различны. Так у людей с синдромом Аспергера, в отличие от аутистов, развитие речевых навыков происходит без существенных задержек. Индивидуальные проявления аутизма охватывают широкий спектр, от лиц с тя-

желыми нарушениями до социально активных высокофункциональных аутистов, расстройство которых проявляется в странностях при общении, узости интересов и многословной, педантичной речи.

В большой степени развитие аутизма связано с генами, однако генетика аутизма сложна и неясно, что оказывает преобладающее влияние на появление расстройств аутистического спектра. Сложность обусловлена многосторонними взаимодействиями большого количества генов, внешней среды и эпигенетических факторов, которые сами по себе не меняют код ДНК, однако могут наследоваться и модифицировать экспрессию генов. Симптомы аутизма возникают вследствие изменений в различных системах мозга, происходящих во время его развития. В описании механизма расстройства можно выделить две области: патофизиология структур и процессов мозга, ассоциированных с аутизмом, и нейрофизиологические связи структур с поведенческими реакциями. Измененное поведение может обуславливаться многими патофизиологическими факторами.

В основе диагноза лежит анализ поведения, а не причинных факторов или механизмов расстройства. При аутизме должно наблюдаться как минимум шесть симптомов из предлагаемого списка, по меньшей мере, два из них должны относиться к качественному нарушению социальных взаимодействий, один должен описывать ограниченное и повторяющееся поведение. В списке симптомов – отсутствие социальной или эмоциональной взаимности, стереотипный или повторяющийся характер использования речи или речевая идиосинкразия, постоянный интерес к определенным деталям или предметам. Само расстройство должно отмечаться в возрасте до трех лет, и характеризоваться задержкой развития либо отклонениями в социальных взаимодействиях, использовании речи при общении, либо проблемами участия в символических или требующих воображения играх.

Расстройства аутистического спектра иногда можно определить у 14-месячного малыша, однако чем ниже возраст, тем менее устойчив такой диагноз. Точность диагноза повышается в первые три года жизни.

Хотя симптомы аутизма и расстройств аутистического спектра появляются в раннем детстве, они иногда остаются незамеченными. В дальнейшем, взрослые аутисты могут обращаться к специалистам за помощью в диагностике. Цели такого обращения различны: стремление лучше понять себя и объяснить свои особенности друзьям и родственникам, изменить режим работы, получить пособие или льготы, полагающиеся людям с такими расстройствами в некоторых странах.

Излечить аутизм известными методами нельзя. В то же время, иногда в детском возрасте происходит ремиссия, приводящая к снятию диагноза расстройства аутистического спектра. Большинству детей с аутизмом недостает социальной поддержки, устойчивых отношений с другими

людьми, карьерных перспектив, чувства самоопределения, что необходимо учитывать при организации коррекционных мероприятий.

2. Дисгармоничное психическое развитие

Показательной моделью дисгармонического психического развития являются психопатии и патологическое развитие личности – аномалии психического развития, в основе которых лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы.

Психопатия представляет собой стойкий дисгармонический склад психики. Этиология психопатий обусловлена либо генетическими, наследственными факторами, либо экзогенными вредностями, действовавшими на ранних этапах онтогенеза. Некоторые виды психопатий могут иметь как наследственное, так и экзогенное происхождение.

Формирование психопатий занимает длительный период в развитии и заканчивается за пределами детского возраста. На начальных этапах имеет место патологическое заострение детских черт психики: наблюдается повышенная возбудимость, раздражительность, двигательное беспокойство, суетливость, болтливость, капризность, выраженный эгоцентризм. С возрастом начинают выкристаллизовываться симптомы, позволяющие определить конкретную форму психопатии.

Несмотря на сложность вопросов патогенеза, клинико-психологическая структура отдельных вариантов психопатий разными авторами описывается достаточно сходно. Это касается и описаний психопатий в детском возрасте.

Ядерную группу составляют так называемые конституциональные психопатии, как правило, имеющие наследственное происхождение. Сюда относятся шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психастенические и в значительной части истерические психопатии.

У ребенка с *шизоидной психопатией* патологические черты в характере появляются рано, уже в 3–4 года. Первичное нарушение темперамента проявляется в виде малой его интенсивности, вялости реагирования, особенно на уровне инстинктов (например, чувства самосохранения), а также неловкости, плохой ритмичности, медленного формирования автоматизмов. Дети с трудом овладевают навыками самообслуживания, не любят подвижных игр, часто наблюдаются трудности в овладении навыком письма. Дети плохо ориентируются в эмоциональном состоянии других, не способны к непосредственному выражению своих эмоций. В контактах с окружающими быстро нарастает напряжение, пресыщение, недостаточно сформированы автоматизмы общения. Преобладание абстрактного мышления над конкретно-ситуационным делает шизоидов часто внешне похожими на детей, страдающих детской шизофренией. Однако сохранность

абстрактного мышления, достаточная продуктивность отличают этих детей от шизофреников. У последних с возрастом наблюдается нарастание патологических явлений, в том числе и в мышлении. У шизоидов, наоборот, при благоприятных средовых условиях с возрастом наблюдается положительная динамика за счет хорошего интеллекта.

При *эпилептоидной психопатии* нет типичных для эпилепсии судорожных расстройств, явлений слабоумия. По мнению Г.Е. Сухаревой, речь идет лишь о стойких характерологических особенностях в виде эмоциональной вязкости, напряженности эмоций и влечений, склонности к немотивированным колебаниям настроения по типу дисфории. Малейшие неудачи приводят к возбуждению и раздражению. Малоподвижность аффекта ведет к застреванию на негативных переживаниях, злобности, колебанию настроения по типу дисфории, резким аффективным вспышкам.

Психастенические личности отличаются низкой активностью, слабостью психического тонуса, неспособностью к длительному напряжению. Психастения в своей выраженной форме наблюдается у взрослых. Однако отдельные психастенические черты отмечаются и в детском возрасте: склонность к тревожности, мнительность, страхи за жизнь и здоровье свое и близких, тревожные опасения, легко возникающие по любому поводу, боязнь нового, незнакомого, склонность к навязчивым мыслям и действиям. В школьном возрасте появляются навязчивые сомнения и опасения, патологическая нерешительность.

Истерическая психопатия не всегда имеет конституциональный характер, в части случаев она может быть обусловлена негрубыми экзогенными вредностями, нередко обменно-трофического характера, перенесенными в раннем детстве. В отличие от вышеперечисленных шизоидной, эпилептоидной, психастенической психопатий, часто встречаемых у лиц мужского пола, истерическая психопатия наиболее часто наблюдается у женщин и соответственно у девочек. Г.Е. Сухарева, отмечая психическую незрелость как основу данного варианта психопатии, указывает на дисгармоничность этого инфантилизма, подчеркивает выраженную диссоциацию отдельных его компонентов. Для темперамента истерической личности характерны высокая возбудимость, бурные аффективные реакции, не соответствующие силе средовых воздействий, раздражительность, неспособность к отсрочке желаний, потребность в постоянной смене впечатлений. Вся эта симптоматика указывает на незрелый инфантильный характер аффективного реагирования. Повышенная возбудимость сказывается на поведении таких детей, они быстро и легко заражаются любым ярким событием и так же быстро пресыщаются.

Психопатии типа неустойчивых представляют собой вариант дисгармонического инфантилизма. Такие дети отличаются незрелостью интеле-

ресов, поверхностностью, нестойкостью привязанностей, импульсивностью поступков, действиями по первому побуждению. Малая продуктивность в занятиях и при хорошем интеллекте связана с неспособностью к длительной целенаправленной деятельности. Привычка уходить от трудностей в сочетании с «сенсорной жаждой» является частой причиной побегов из дома, школы, стремления к бродяжничеству. Безответственность, несформированность моральных запретов обуславливают выход из затруднительных ситуаций посредством обманов, вымыслов.

Органические психопатии связаны с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы жизни. Среди органических психопатий наиболее часто встречается возбудимый (эксплозивный) тип. Он чаще наблюдается у мальчиков. Его клинической основой является аффективная и двигательная возбудимость. Эти дети обращают на себя внимание легкостью возникновения аффективных вспышек со злобностью, агрессией, упрямством, негативизмом. Тяжелые аффективные разряды чаще имеют астенический исход с расслабленностью, вялостью, слезами. Эти дети представляют значительные трудности в коллективе: они бьют сверстников и младших, дерзят взрослым.

Для другой группы органической психопатии характерны повышенный эйфорический фон настроения с грубой откликаемостью на все внешние раздражители, не критичность при достаточно сохранном интеллекте. Любое внешнее впечатление легко вызывает аффективную реакцию, однако очень короткую.

Диагностика психопатий в детском возрасте представляет определенные трудности, что связано с незавершенностью формирования личности. Кроме того, такие характерные для ряда психопатий черты, как повышенная эмоциональная возбудимость и неустойчивость поведения, преобладание элементарных потребностей и влечений, до известной степени типичны для возрастного этапа развития в норме.

В детском возрасте наиболее отчетливо выступает сочетание биологического и социального факторов в формировании различных типов психопатий. Несмотря на биологически обусловленные предпосылки темперамента, становление психопатии реализуется в соответствующих неблагоприятных средовых условиях, способствующих ее формированию. В воздействии неблагоприятной среды в становлении психопатии О.В. Кербики и В.В. Ковалев различают ряд этапов: сначала отдельные патологические реакции, возникающие в ответ на провоцирующие влияния среды, затем более длительные патологические состояния и, наконец, формирование психопатии как стойкой девиации личности.

Г.Е. Сухарева специально выделяет в качестве отдельной формы патологии развития «патологическое развитие личности» вследствие неблагоприятных

гоприятных условий воспитания. *Патологическое формирование личности* относят к типу дисгармонического развития. Его этиологией являются неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация. В детском возрасте основным социальным фактором, формирующим личность ребенка, является его воспитание и обучение. Ввиду незрелости эмоциональной сферы и личности ребенка в целом, его повышенной внушаемости неблагоприятные условия внешней среды, действующие длительно и довольно массивно выраженные, могут привести к искажению в развитии не только его интересов, направленности, но через воздействие на вегетативную нервную систему к стойкому изменению свойств его темперамента

В патогенезе *патологических формирований личности* основная роль принадлежит двум факторам:

1) закреплению патологических реакций (имитация, протест, пассивный и активный отказ и др.), представляющих собой форму ответа на психотравмирующую ситуацию;

2) непосредственному «воспитанию» таких патологических черт характера, как возбудимость, неустойчивость, истеричность, способствует прямая стимуляция отрицательным примером.

К дисгармоническому развитию можно отнести и так называемую невропатию – особый вид аномалии эмоционально-волевой сферы, обусловленный неустойчивостью регуляции вегетативных функций. По мнению Г.Е. Сухаревой, эта аномалия может иметь как конституциональный характер, связанный с генетическим фактором, так может быть вызвана ранними экзогенными вредностями.

Первичная дефектность вегетативной системы обуславливает склонность к нарушениям сна, аппетита, неустойчивости температурной регуляции, чувствительности к метеорологическим колебаниям и т.д. Отклонения в нервно-психической сфере, в основном в эмоциональной, возникают вторично. Дети, страдающие невропатией, как правило, повышено впечатлительны и ранимы, в связи с чем у них легко возникают неврозы страха, заикание, тики, энурез и т.д.

Особым видом дисгармонического развития является аномалия психического развития, связанная с отклонением темпа полового созревания. Если при невропатии первичный дефект обусловлен вегетативной дистонией, то здесь речь идет о нарушении вегетативно-эндокринной регуляции, в одних случаях приводящей к замедлению темпа полового созревания (его ретардации), в других – к ускорению (акселерации). Эти аномалии развития могут быть обусловлены как генетическими особенностями, так и экзогенно обусловленной органической недостаточностью нервной системы.

Необходимо отметить, что описание аномалий развития, отнесенных нами к дисгармоническому типу, как правило, принадлежит клиницистам. В детской патопсихологии они почти не исследовались. Поэтому, несмотря на то, что описанные варианты дисгармонического развития являются наиболее «чистыми» типами именно аномалий развития, не сочетающимися с симптомами болезни, их патопсихологический анализ показывает значительные трудности и может быть представлен только в предположительном плане.

8. Методы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей

1. Особенности обследования детей с нарушениями развития.
2. Общая характеристика методов психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей.

1. Особенности обследования детей с нарушениями развития

Обследование детей специалистами, как правило, начинается с изучения их документации (медицинской карты, характеристики) и продуктов деятельности (например, рисунков и т.п.). При имеющемся у ребенка снижении слуха или зрения и т.п. необходимо заранее подобрать соответствующий для обследования материал. Следует помнить, что положения общей психологии, об индивидуально-типологическом, личностно-деятельностном, системно-структурном подходах, качественно-количественной оценке работы ребенка являются обязательными при изучении детей с различными отклонениями в развитии.

Выбор и последовательность применения тех или иных методов зависят от возраста и индивидуальных особенностей обследуемого. В одних случаях специалисты опираются на беседу, включая в нее отдельные экспериментальные методики, в других случаях все изучение строится на наблюдении за деятельностью ребенка в процессе игры и т.д. В обследование важно включить элементы игры и обучения, варианты помощи, задания аналогичного характера, в которых проявляется способность ребенка к переносу показанных приемов деятельности. Необходимо чередовать задания вербального и невербального характера. Задания должны быть направлены на исследование разных форм деятельности, мышления. Начинать задания целесообразно с заданий средней трудности, но в ряде случаев с заведомо легких, чтобы успешное выполнение создало у ребенка положительное отношение к последующей работе, сняло волнение и беспокойство. Это особенно важно учитывать, когда ребенок неконтактен. Нужно

создавать ситуацию эмоционального комфорта, поощрять ребенка, давать задания нетрадиционно, чтобы исключить подготовленность в семье.

При проведении обследования необходимо учитывать следующие показатели:

– *эмоциональную реакцию* ребенка на сам факт обследования. Волнение – естественная реакция на новую обстановку, на незнакомых людей. При этом должна настораживать чрезмерная веселость, фамильярность в обращении с членами консультации, неадекватность поведения;

– *понимание инструкции и цели задания*. Выслушивает ли ребенок инструкцию до конца, делает ли попытки понять ее, прежде чем приступить к работе? Какая инструкция понятна детям: устная или устная с наглядным показом?

– *характер деятельности*. Необходимо обратить внимание на наличие и стойкость интереса к заданию, целенаправленность деятельности ребенка, умение доводить дело до конца, рациональность и адекватность способов действий, на сосредоточенность в процессе работы. Учитывается общая работоспособность ребенка. Одним из главных показателей является возможность использовать помощь. Чем выраженнее эта способность, тем выше обучаемость ребенка. Важно учитывать меру и характер учитываемой помощи. Показателем обучаемости является и способность ребенка делать задание по аналогии;

– *реакция на результат работы*. Правильная оценка своей деятельности, адекватная эмоциональная реакция (радость при успехе, огорчение при неудаче) свидетельствуют о понимании ребенком ситуации.

Изучая детей с отклонениями в развитии, необходимо помнить, что главным является отграничение первичных дефектов, обусловленных биологическими причинами, от вторичных, третичных и т.д. дефектов, являющихся следствиями первичного дефекта и воздействующих на ребенка социальных факторов. К дефектам более высоких уровней (вторичным, третичным) Л.С. Выготский относил недоразвитие высших психических функций и поведения. Очень важно учитывать соотношение первичного дефекта и дефектов более высоких уровней, а также степень их выраженности. Следует выявлять дефекты, оказывающие наиболее негативное влияние на развитие познавательной деятельности и личности.

2. Общая характеристика методов психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей

Метод наблюдения. Является одним из ведущих при изучении детей. Оно начинается с момента появления ребенка в консультации и продолжается на протяжении всего времени обследования. Наблюдение всегда должно вестись целенаправленно. Его материалы необходимо фиксиро-

вать. Особое значение имеет наблюдение за игровой деятельностью ребенка, так как в ряде случаев оно является основным методом исследования.

Свободная игра позволяет установить контакт с ребенком, особенно когда он боится обследования. Предоставив ребенку возможность заниматься с игрушками («Возьми какие хочешь игрушки и поиграй, а я с мамой поговорю»), фиксируются новые сведения о нем, характер эмоциональных реакций при виде игрушек (радость, безразличие) способность самостоятельно выбирать игрушки и организовать игру, разумность проводимых с игрушками действий, стойкость интереса к игровой деятельности. Создавая игровые ситуации, ребенок производит анализ, синтез, обобщение и классификацию, отбирая именно те игрушки и предметы, которые нужны для определенного действия (отбирает предметы одежды, чтобы организовать игру с куклой; кубики, чтобы погрузить их на машину, и т.д.).

В ходе производимых ребенком манипуляций необходимо наблюдать за координацией движений, состоянием моторики. Помимо наблюдения за свободной игровой деятельностью ребенка в ряде случаев проводится специальное обследование с помощью игрушек.

Методы экспериментально-психологического исследования.

Методы экспериментально-психологического исследования играют важную роль при изучении детей. Они предусматривают создание определенных ситуаций, при которых актуализируются психические процессы, подлежащие специальному изучению. С помощью экспериментально-психологических методик можно вскрыть причину и механизмы тех или иных состояний.

Изучение документации и продуктов деятельности детей, беседа, наблюдение чаще всего выявляют те или иные особенности в развитии ребенка. Объяснить эти факты, понять их структуру помогает специальное экспериментальное задание, моделирующее соответствующую психическую функцию. Экспериментальные методики дают возможность не только констатировать состояние ребенка, но и сделать прогноз в его развитии, а также дать рекомендации для работы с ребенком.

Метод беседы. Беседа служит средством установления контакта с ребенком. Беседа позволяет судить о личностных качествах и поведении ребенка, помогает вскрыть причины некоторых отклонений в развитии. В ходе беседы выявляются запас сведений и точность представлений. Чтобы выполнять функции метода исследования, беседа должна быть целенаправленной. При обследовании ребенка в беседе следует выявить:

1) точность представлений ребенка о себе, своих родителях, ближайших родственниках, друзьях (имя, отчество, фамилия, возраст) и способность дифференцировать понятия «семья», «соседи», «родственники» и т.д.;

2) характер представлений о времени (время по часам, понимание временной протяженности);

3) представления о явлениях природы (поры года, явления природы и их признаки);

4) умение ориентироваться в пространстве (практическое обладание понятиями «справа-слева», «вверху-внизу», «ближе-дальше» и т.д.);

5) запас сведений о своей родине, о выдающихся событиях, понимание прочитанных книг, просмотренных фильмов и т.д.

Вопросы должны быть четкими и понятными, а сама беседа должна носить непринужденный характер. Важно соблюдать педагогический такт. Не рекомендуется начинать беседу, если дети имеют дефекты речи, слуха или трудно вступают в контакт. В этих случаях можно воспользоваться наглядным материалом, который заинтересует ребенка и позволит выявить то, что требуется исследователю.

В беседе с родителями устанавливается история развития ребенка до и после года (когда начал реагировать на свет, звуки, когда стал держать голову, садиться, вставать на ножки и ходить, гуление, лепет, первые слова и т.д.). Важно выявить характер и последствия перенесенных ребенком заболеваний, травм. У матери следует выяснить, когда и какие навыки самообслуживания сформировались, в чем были трудности (неловкость моторики, непонимание инструкции и т.д.); проявлял ли ребенок интерес к игрушкам (манипуляция); каковы навыки общения с детьми (играет один или в группе, лидер и т.д.), со взрослыми; реагирует ли на одобрение и замечания. В ходе беседы с матерью выясняется здоровье близких родственников (наличие отягощающих наследственных факторов), условия семейного воспитания. Данные, представленные матерью, должны быть проверены, так как возможна субъективность в оценке детей родителями. Намечая схему исследования ребенка, Л.С. Выготский предупреждал о том, что собирать надо только факты и тщательно их истолковывать. Толкование их должно быть динамическим и типологическим. Анализируя историю развития ребенка, необходимо вскрыть причинно-следственные зависимости. Квалифицируя наблюдаемые в данный момент явления и факты, важно наметить путь и характер дальнейшего развития ребенка.

Метод изучения рисунков. Рисунок является важным дифференциально-диагностическим показателем при изучении детей. В тех случаях, когда рисунок, находящийся в педагогической документации ребенка, чем-тостораживает, целесообразно провести специальное исследование, предложив ребенку рисование (свободное и по заданию). Способность ребенка выбрать тему, характер изображения, сам процесс рисования могут дать ценный дополнительный материал для уточнения окончательного диагноза. Например, умственно отсталые дети затрудняются выбрать тему,

прибегая к изображению привычных однотипных предметов, не создавая сюжета. В их рисунках на свободную тему нет замысла, фантазии. Они даже не всегда выполняют его в соответствии с инструкцией. Бедность и нечеткость представлений проявляются в несоблюдении форм, пропорций частей предмета, в ограниченном и не всегда верном использовании цвета. Умственно отсталые дети затрудняются объяснить рисунок. В зависимости от степени интеллектуального снижения эти недостатки меньше или больше выражены. Своеобразны рисунки детей с психическими заболеваниями. Нелогичность, нелепость изображения; неадекватное, беспорядочное использование цвета, несообразность пропорций; сексуальная выраженность и др. могут проявляться в их рисунках.

Необходимо отметить, что обследование детей раннего и дошкольного возраста следует проводить в форме игры, задания должны быть конкретными, привлекающими внимание, небольшими по объему, так как дети еще не способны к длительному напряжению. Следует сохранять контакт с ребенком и поддерживать его желание заниматься до конца обследования.

Рекомендуется иметь следующие виды материалов для обследования.

1. Пирамида из четырех колец. С помощью этой игрушки можно наблюдать моторику ребенка (может ли он ловко надевать кольцо на стержень, нет ли нарушения координации и т.д.); сформированность и дифференцированность понятия величины («Надень большое кольцо, затем которое меньше..., самое маленькое»); различение ребенком цвета предметов («Дай красное кольцо» и т.д.); умение пересчитывать кольца пирамиды («Покажи первое кольцо», «Покажи третье кольцо» и т.д.); сформированность понятия о количестве предметов («Дай два кольца», «Дай четыре кольца» и т.д.).

Например, в работе с разборной пирамидой у умственно отсталых детей обнаруживаются нарушения моторики. Их движения плохо координированы, неловки, неточны (им трудно надеть кольцо на стержень пирамиды), у некоторых наблюдаются тремор, гиперкинезы. По данным наблюдений специалистов, при нормальном интеллекте дети к 5 годам должны уметь складывать пирамиду с учетом величины колец при зрительном соотнесении. Умственно отсталые дети даже в 6 лет не всегда правильно выполняют это задание. Порой они лишь нанизывают кольца на стержень, не учитывая величину. Дети с глубокой умственной отсталостью не понимают задачи, совершают неадекватные действия (манипулируют с кольцами, разбрасывают их; надевают колпачок на стержень, а кольца кладут рядом и т.п.). Если в поле зрения попадают какие-либо новые предметы, они отвлекаются и бросают начатую работу. Такая картина наблюдается при выполнении всех приведенных ниже заданий.

2. Разноцветные палочки и брусочки используются для тех же целей, что и пирамида. Этот материал, как и пирамида, позволяет проследить за характером деятельности детей. Задания могут быть разными, например, построить из палочек или брусочков фигуры по образцу (с опорой на образец и по памяти). В этом задании проявляются направленность деятельности, наличие самоконтроля в ходе работы. Отмечено, что дети с нормальным развитием к 5 годам самостоятельно анализируют образец, пользуясь при этом зрительным соотношением.

3. Доски Сегена. Методика, предложенная Э. Сегеном, представляет собой доски с углублениями, в которые вставляются соответствующие различные по форме геометрические фигуры. Доска № 1 предлагается детям с 2-3-летнего возраста. Доски Э. Сегена позволяют выявить координированность, ловкость движений, состояние мелкой моторики пальцев рук.

4. «Почтовый ящик». В верхней крышке ящика имеются разные по форме прорези, в которые ребенок должен опустить объемные фигуры. Предлагается детям с 2-3 лет. Используется с той же целью, что и доски Э. Сегена. Это задание более сложное, так как ребенок должен понять принцип соотношения основания объемной фигуры с формой прорези ящика. Наблюдения специалистов свидетельствуют, что при нормальном интеллекте дети старше 6 лет должны выполнять задание при зрительном соотношении.

5. Набор геометрических фигур разной формы (круг, квадрат, треугольник). Детям предлагается разложить их по группам (по форме). В этом задании устанавливается способность объединять предметы по общему признаку (простейшие обобщения). Фигуры могут быть использованы и для проверки счета, построения по образцу и т.д.

6. Кубики разной величины. Предлагается разложить от большого к маленькому и наоборот. Исследуется сформированность понятия величины предметов.

7. Матрешки (2-3-4-составные). Ребенку предлагается разобрать, а затем собрать матрешку. Выявляются понимание инструкции и цели задания, использование помощи, разумность действий, учет размеров матрешки. Считается, что к 5 годам дети с нормальным интеллектом должны собирать четырехсоставную матрешку.

8. Полоски и круги разного цвета (основные цвета). Используются для исследования сформированности понятия цвета. Обследование проводится в три этапа. Сначала дети подбирают к разложенным полоскам соответствующие им по цвету круги (зрительное соотношение). Затем им предлагают выбрать тот или иной цвет («Дай красный круг», «Дай синий...» и т.д.). После этого просят назвать цвет показанной фигуры («Это какого цвета?», «А это?...»).

9. Мозаика. Ребенку предлагают разные варианты заданий: конструирование по образцу, по подражанию, свободное творчество. Исследуются наличие интереса, волевые усилия, пространственная ориентировка, способность к переносу показанного способа действия, воображение, мелкая моторика и пр.

10. Разрезные картинки. Знакомые детям изображения предметов разрезаны на две части по горизонтали и вертикали, на три части по вертикали и на четыре части по диагоналям. Используются для характеристики восприятия детей.

11. Предметные картинки с изображением знакомых детям предметов могут применяться с разной целью. При исследовании внимания и зрительной памяти перед ребенком раскладываются в ряд 4-5 картинок, а затем ребенка просят закрыть глаза и убирают одну картинку. Ребенок должен найти эту картинку среди предложенных. Можно провести эту игру с игрушками. С этой же целью предлагается игра «Что забыли нарисовать?» (заяц без уха, собака без лапы и т.д.).

Для исследования мышления перед ребенком кладут три картинки в ряд (стол, хлеб, пальто) и под ними вместо инструкции соответствующие изображения (стул, бублик, шапка). После этого ребенок должен сам разложить остальные картинки. Эта невербальная классификация исследует не только мыслительные операции детей, но и запас общих представлений. Этой же цели служат игры с картинками типа «Кому что нужно?», «Кто что любит?» и т.п. С помощью всех перечисленных материалов исследуется обучаемость детей (способность понимать объяснения, т.е. принимать помощь, а затем выполнять аналогичные задания самостоятельно). Во всех заданиях можно исследовать и речь детей: фонетические и грамматические особенности, словарный запас (пассивный и активный) и т.д. Важно установить возможность речевого сопровождения игровых действий, их адекватность. Указанные задания выявляют и запас сведений детей об окружающем, особенности личности. Все это (речь, мыслительные операции, память, запас сведений, игровая деятельность) является показателем психического развития детей.

Рекомендованный игровой материал и варианты его использования являются лишь примерным образцом. Главное требование к нему: он не должен быть случайным, бессистемным.

9. Психологическая диагностика развития детей от рождения до 1 года

1. Общая характеристика периода новорожденности. Показатели развития младенца и параметры диагностики.

2. Особенности психомоторного развития детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (ППП ЦНС).

1. Общая характеристика периода новорожденности. Показатели развития младенца и параметры диагностики

Психологическая диагностика развития детей от рождения до 1 года опирается на основные показатели их психического развития. Остановимся на них подробнее.

Младенчество (с двух месяцев до года). *Социальная ситуация развития* характеризуется как биологическая беспомощность младенца, полная зависимость в удовлетворении потребностей от взрослых. При этом младенец лишен основного средства социального общения – речи. *Ведущая деятельность* младенца – непосредственно-эмоциональное общение со взрослым. Средствами такого общения выступают экспрессивные действия (улыбка, двигательные реакции). Согласно М.И. Лисиной, ведущая деятельность младенца первого полугодия жизни представляет собой непосредственное общение (общение ради общения) – ситуативно-личностное; а со второго полугодия общение младенца становится ситуативно-деловым – общение по поводу предметов, общение как совместная деятельность. Отмечается, что к 4–5 месяцам общение приобретает избирательный характер. Именно в эмоциональном общении со взрослым у ребенка возникают *основные психологические новообразования*: потребность в общении, базовое доверие к миру, дифференциация ощущений и эмоциональных состояний, преднамеренные действия (хватание, доставание предметов). Ребенок начинает различать близких и посторонних людей, подражать им, в познавательной сфере появляются предметное восприятие и автономная речь. Постепенно младенец превращается в субъекта желаний и действий, возникают мотивирующие представления. *Кризис первого года жизни* инициируется физическим отделением ребенка от матери благодаря ходьбе, что расширяет пространство, доступное для ребенка, активизирует рост его самостоятельности. Поведенческий симптом наступления данного кризиса – гипобулические реакции (аффективные взрывы, истерики). Ребенок требует желаемого, но встречает сопротивление взрослых. Испытывая разочарование, ребенок плачет, бросается на пол. Он обнаруживает собственное желание и становится его субъектом; появляется «Я желающий».

В результате длительного изучения детей первого года жизни были разработаны различные диагностические показатели их нервно-психического развития. Необходимым условием своевременного и правильного развития ребенка является достаточный уровень развития сен-

сорного восприятия. Для развития речи необходимо соответствующее развитие условных рефлексов первой сигнальной системы на основе зрительных, слуховых и тактильных раздражений. Ориентировочные реакции и основанная на них ориентировочно-исследовательская деятельность играют важную роль в психическом развитии ребенка.

Зрительный анализатор является центральным звеном в познавательной деятельности ребенка. У новорожденных детей имеется врожденный рефлекс движения глаз, возникающий под влиянием движущегося в поле зрения раздражителя и вызывающийся в первую неделю жизни у здорового ребенка. Движения глаз в этот период скачкообразны, нет устойчивого контакта между глазом и раздражителем. Затем развивается устойчивое прослеживание за объектом, притормаживание общих движений, а также движение головы, которое следует с некоторым опозданием за движением глаз. Эти движения возникают у здорового ребенка в две недели жизни. К концу первого месяца жизни у детей вызывается длительная фиксация лица взрослого и предмета, находящегося сбоку, сверху, снизу от глаз.

В первой половине второго месяца жизни у детей формируются все сложные движения глаз: фиксация, конвергирование (сближение зрачков при фиксировании глаз на приближающейся точке), прослеживание, бинокулярное зрение (способность одновременно четко видеть изображение предмета обоими глазами).

Дети первых месяцев жизни различают цвета. У детей второго – третьего месяцев жизни длительность фиксации взгляда значительно увеличивается. К 4–5 месяцам у детей появляются зрительные дифференцировки, которые являются физиологической основой сенсорного развития. Раннее образование зрительных дифференцировок доказывает не только способность детей раннего возраста различать цвета, величину предметов, пространственные соотношения и другие сенсорные качества предметов, но и необходимость их своевременного развития.

Слуховой анализатор относится к важнейшим анализаторам нервной системы человека. Периферический отдел слухового анализатора подготовлен к восприятию звуков уже к моменту рождения ребенка, но слух в первые дни после рождения ребенка несовершенен. У ребенка нет врожденной ориентировочно-установочной реакции поворота глаз и головы в сторону звука. Такая реакция формируется к 3–3,5 месяцам. В четыре месяца ребенок прислушивается к голосу взрослого, ищет его, отвечает улыбкой, смехом, гулением. С пяти месяцев он начинает различать тон голоса, адекватно на него реагирует, то есть появляются слуховые дифференцировки. В возрасте 8–12 месяцев формируется начальное понимание обращенной речи. По данным ряда исследователей, с 6 месяцев начинает

формироваться фонематический слух, а его формирование в норме заканчивается к 1 году 7 месяцам.

Слухоречевой анализатор развивается раньше других отделов, связанных с функцией речи, что вызвано созреванием слухового анализатора к моменту рождения ребенка. Но для функционирования слухоречевого анализатора необходимо развивать у ребенка слуховое сосредоточение, тонкие дифференцировки на человеческий голос, то есть развивать не просто слух, а речевой слух.

Одним из показателей нервно-психического развития здорового ребенка является развитие понимания речи – очень сложного и длительного процесса. Для развития импрессивной речи исключительную значимость приобретает эмоциональное общение с ребенком первых дней жизни.

В первые месяцы жизни при общении с взрослым слово воспринимается ребенком как компонент комплексного раздражителя, который составляют положение тела младенца, окружающая обстановка, внешний вид говорящего, его голос и интонация.

Со второго полугодия жизни у ребенка резко возрастает интерес ко всему окружающему. В 7–8 месяцев при правильном развитии у ребенка начинает устанавливаться связь между некоторыми словами с окружающими предметами, то есть формируется первичное понимание речи.

К концу первого года жизни у ребенка появляются первые обобщения. Формирование обобщений свидетельствует о начале функционирования второй сигнальной системы, свойствами которой являются обобщения и отвлечения.

В развитии ребенка большое значение имеет эмоциональное состояние. Эмоционально положительные реакции возникают и развиваются под влиянием внешних воздействий на органы чувств в моменты эмоционального общения с ребенком. При установлении эмоционального контакта с ребенком уже в первые месяцы жизни можно вызвать у него улыбку. Улыбка не является врожденной социальной реакцией, а появляется при фиксации взора ребенка на лице взрослого или предмете. Уже на втором месяце жизни ребенка появляются простейшие формы доречевого общения с взрослым в виде улыбки, хаотичных общих движений, звуков, зрительного слеживания за взрослым, так называемого «комплекса оживления».

Эмоции составляют не только наиболее ценное психологическое содержание жизни ребенка, но и имеют очень важное физиологическое значение в жизнедеятельности организма, так как в систему эмоциональных реакций включаются не только внешние мимические, голосовые и общедвигательные реакции, но и внутренние сердечно-сосудистые, дыхательные и эндокринные.

Развитие эмоциональной сферы начинается с первых дней жизни и быстро совершенствуется. Маленькому ребенку свойственны такие реакции, как удивление, страх, смех, радость, и каждому из этих проявлений соответствуют определенные мимические движения.

Движения, практическая деятельность ребенка имеют чрезвычайно важное значение для развития ряда высших психических функций (мышления, речи и др.).

Манипулятивная деятельность ребенка, его игровая активность оказывают большое влияние на развитие речи. Было установлено, что до шести месяцев жизни ребенка основное место среди познавательных реакций занимают движения глаз, а после шести месяцев – двигательные реакции руки.

В процессе развития движений руки ребенка в первом полугодии жизни выделяют четыре последовательных периода, в течение которых формируются целенаправленные движения руки к видимому предмету, его захватывание и удержание:

1) в 3–4 недели во время импульсных движений появляются хаотичные движения рук;

2) в 1–3 месяца появляются первые дифференцированные движения рук: ребенок приближает их ко рту, сосет кулачки, фиксирует руки взором, в этот период угасает хватательный рефлекс;

3) в 3–4,5 месяца усиливается регулирующая роль тактильного и зрительного анализаторов. В результате совпадения зрительных, тактильных и кинестетических раздражителей происходит образование соответствующих связей, после чего зрительные раздражители начинают чаще вызывать движение руки по направлению к объекту, и появляются согласованные, ощупывающие движения рук;

4) после 5–6 месяцев жизни преобладающее значение в развитии движений руки приобретает зрительный анализатор и происходит дифференцирование движений рук (ребенок перекладывает игрушки из одной руки в другую).

В становлении предметно-игровой деятельности детей выделяют три этапа:

1) 4–7 месяцев – формирование простых результативных повторных действий с предметами (действия имеют целенаправленный характер);

2) 7–12 месяцев – развитие соотносимых действий, манипулирования одновременно двумя предметами;

3) 12–18 месяцев – появление функциональных действий: ребенок выделяет функции предмета, применяет такое же действие к другим предметам; развивается игра.

В возрасте одного года здоровый ребенок самостоятельно садится, переворачивается, ползает, стоит, переступает у опоры, а нередко начинает ходить без поддержки.

Становление речи у ребенка первого года жизни представляет собой условно-рефлекторный процесс. Условные сигналы первой сигнальной системы со всех анализаторов уже в раннем детстве опосредуются речевыми звуками, словами, соединениями слов, то есть тесно связываются с деятельностью речедвигательного анализатора – главным звеном второй сигнальной системы.

При нормальном речевом общении ребенка с окружающими речевые связи образуются путем подражания и упрочиваются путем рефлекторного повторения – физиологической эхолалии. Для того чтобы ребенок начал говорить, у него должны достигнуть определенного уровня развития как речедвигательный и слухоречевой анализаторы, так и органы артикуляции.

Первый год жизни ребенка рассматривают как доречевой период. Он является подготовительным в развитии детской речи и делится на четыре этапа: I этап (0–3 месяца) характеризуется развитием эмоционально-выразительных реакций; II этап (3–6 месяцев) – время появления голосовых реакций, гуления, лепета; III этап (6–10 месяцев) – начало развития понимания речи, активного лепета; IV этап (10–12 месяцев) – время появления первых слов. Ряд авторов выделяют 5 этапов: I этап – 0–1 месяц; II этап – 1–3 месяца; III этап – 4–6 месяцев; IV этап – 6–9 месяцев; V этап – 9–12 месяцев.

Начальным этапом доречевого развития считается рефлекторный крик ребенка, который к 2–3 месяцам жизни становится все более модулированным. Он отражает различные оттенки недовольства и является средством коммуникации с окружающими. До двух месяцев жизни голосовые выражения малыша дифференцируются благодаря разным интонациям голоса (крик, плач), но более подробную дифференцировку плач уже не получает, так как после двух месяцев дифференцируются звуки. В сочетании с выразительными мимическими движениями интонированный крик и модулированные звуки являются средством выражения состояния ребенка. Во время крика ребенка активизируются специфические зоны коры головного мозга. При крике он слышит свой голос, импульсы достигают слухоречевых и речедвигательных зон коры головного мозга и передаются органам артикуляции, постепенно давая им толчок к развитию.

В 2–4 месяца жизни у ребенка появляются короткие звуки – гуканье, а затем и гуление. Звуки не несут смыслового содержания, но имеют определенную интонацию, с их помощью ребенок привлекает внимание взрослого. Прежде всего младенец усваивает и передает различные типы интонации, которые наиболее часто употребляются взрослыми. Звуки гуления

становятся средством общения с взрослым в конце третьего месяца жизни, когда они приобретают достаточно отчетливые интонации.

Полноценное общение с ребенком в первые месяцы жизни стимулирует корковый и периферический отделы слухоречевого анализатора, а ответные голосовые реакции малыша, вызванные по подражанию, развивают речедвигательный анализатор.

Первые 4–5 месяцев жизни ребенка считаются периодом псевдоречевых звуков, не локализованных и крайне неопределенных по артикуляции. Артикуляция, близкая к речевой, возникает случайно в соединении с неречевыми «шумами». Признаки локализованное™ звуков, активное включение языка и другие стороны артикулирования, способствующие звуковому оформлению голосовых реакций ребенка, наблюдаются в 4–5 месяцев жизни.

К шести месяцам поток «речи» распадается на отрезки, состоящие из нескольких слогов (период лепета), произношение которых характеризуется единством уклада артикуляционных органов и акцентом на первом слоге. Появляющийся в этот период лепет одними авторами рассматривается как игра самим процессом произнесения звуков, а другими – как продукт подражания речи окружающих.

В.И. Бельтюков и А.Д. Салахова считают, что лепет, развиваясь на базе врожденных инстинктивных реакций ребенка – сосания, глотания и др., – является автономным и отражает в своем развитии процессы созревания нервной системы. Лепет является врожденным процессом, то есть результатом исторически накопленных речедвигательных реакций человека, переданных ребенку по наследству, и состоит из трех этапов: I этап – переданная по наследству программа артикуляционных движений, которая реализуется независимо от слуха ребенка в виде гуления, лепета; II этап – в лепет включаются механизмы аутоэхолалии (самоподражание ребенка собственным звукам); III этап – в лепет включаются механизмы эхолалии.

Физиологическая эхолалия, проявляющаяся в повторении слогов, а затем и слов, предшествует пониманию слов и их произнесению.

Вначале в лепете ребенка появляются гласные звуки *a*, *э* и их сочетания с губными и переднеязычными звуками. Звуки *a* и *э* наиболее легкие для произнесения и воспроизводятся не с помощью специальных сокращений мускулатуры, а требуют лишь раскрытия рта и вибрации голосовых связок. Для произнесения губных и переднеязычных согласных ребенок также располагает готовыми механизмами, ибо воспроизведение этих звуков требует работы мышц, участвующих в акте сосания. В результате совершенствования мышечной работы артикуляционного аппарата у ребенка появляется возможность артикулирования следующих слогов в период лепета: *па*, *пу*, *та*. К шести месяцам ребенок начинает обозначать

предметы и действия (*мам, ма, бу, гу*), а к семи месяцам звуками он обозначает потребности, действия, явления.

Наиболее интенсивный процесс накопления звуков лепета происходит в течение седьмого месяца жизни. Затем процесс накопления звуков замедляется. В возрасте 7–8 месяцев и до года артикуляция практически не развивается, но ребенок начинает понимать речь. Семантическую нагрузку в этот период получают не фонемы, а интонация, ритм, а затем общий контур слова.

Длина цепочек лепетных слогов в возрасте восьми месяцев максимальна и составляет около 4–5 сегментов. Затем среднее количество сегментов цепи уменьшается до 2–3, что соответствует среднему числу слогов в словоформах русской речи.

Первоначальные лепетные цепи из стереотипных вокализаций (*а – а – а* и т. п.) к 8–9 месяцам сменяются цепями из стереотипных сегментов с шумовым началом (*тя – шл-шит.д.*). Затем в 9–10 месяцев появляются цепи из сегментов со стереотипным шумовым началом и меняющимся вокальным концом (*те – тя – те*).

К десяти месяцам коммуникативно-познавательная активность ребенка достигает более высокого уровня. Происходит скачок в мотивационной сфере ребенка. Осуществляя эмоциональное взаимодействие с ребенком, взрослый систематически обращает его внимание на различные объекты окружающей действительности, выделяет их голосом, эмоциями. Ребенок усваивает эти «эмоциональные метки» предметов вместе с соответствующими им звуковыми образами. Подражая взрослому и используя уже доступные цепочки лепетных сегментов, ребенок воспроизводит первые лепетные слова, по форме все более приближающиеся к звуковой форме слов родного языка.

Примерно к одиннадцати месяцам появляются лепетные цепи с меняющимся шумовым началом (*ва – ля, ди – ка, дя – на, ба – на – па, э – ма – ва* и т. д.). При этом один из слогов выделяется по длительности, громкости, высоте звука. Вероятнее всего, так в доречевых средствах общения закладывается ударение.

По мере развития лепета звуки начинают постепенно дифференцироваться и приближаться к звукам родного языка, появляются губногубные, губно-зубные, альвеолярные, передне-, средне- и заднеязычные, фарингальные, носовые и ротовые, звонкие и глухие, смычные и щелевые, твердые и мягкие звуки. Лепет более дифференцирован, чем система фонем русского языка, которую придется освоить ребенку.

К концу первого года жизни ребенка появляются первые слова, в большинстве своем состоящие из одинаковых парных слогов: *баба, папа, мама, ляля* и др.

Динамика овладения детьми звуковой стороной речи изучена сравнительно мало. Освоение фонетики в основном определяется развитием речедвигательного анализатора, но есть и другое мнение, согласно которому усвоение звуков речи находится в зависимости от их акустических свойств.

Функция речедвигательного анализатора в своем развитии значительно отстает от развития слухоречевого анализатора. В процессе усвоения звуков речи, подчиненного закономерностям развития речедвигательного анализатора, грубые артикуляционные дифференцировки постепенно сменяются все более тонкими, а усвоение конкретных звуков происходит путем постепенного перехода от более легкого артикуляционного уклада к более сложному. В процессе развития речи повторяются те этапы образования артикуляционных дифференцировок, которые имели место в лепете. При переходе от лепета к речи происходит повторный процесс формирования всей звуковой системы языка.

Итак, к концу первого года жизни у здорового ребенка появляются импрессивная (предпосылки к пониманию речи) и экспрессивная (собственная доречевая активность) речь, развивается игровая деятельность. Ребенок начинает самостоятельно передвигаться. На этом заканчивается доречевой период. Затем происходит совершенствование и дальнейшее развитие всех сторон речи.

2. Особенности психомоторного развития детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (ППП ЦНС)

Обследование детей с ППП ЦНС показало, что задержка в их развитии начинается с первых недель жизни. Чаще всего у детей отмечаются двигательные, речевые, сенсорные нарушения.

Для детей с ППП ЦНС в первые пять месяцев жизни характерно сильное отставание в развитии двигательных функций. Только незначительная часть детей ППП ЦНС к пяти месяцам может удерживать голову. У них отмечается патологическое состояние кистей рук, характеризующееся приведением первого пальца к ладони и плотным сжатием кулаков. В некоторых случаях кисть бывает паретичной (парализованной), свисающей. У подавляющего большинства детей отсутствует зрительно-моторная координация. Часто дети запрокидывают голову, что ограничивает поле их зрения и является одной из причин задержки психического развития с первых месяцев жизни. Общий мышечный тонус патологически изменен, в большинстве случаев с тенденцией к его повышению. Уже в возрасте пяти месяцев задержка двигательного развития сочетается с отставанием в раз-

витии голосовой активности и ориентировочно-познавательной деятельности ребенка.

К 12 месяцам незначительное число детей может самостоятельно сидеть. У большинства детей отмечаются патологическое состояние кистей рук, недостаточность или отсутствие зрительно-моторной координации и манипулятивной деятельности. Лишь некоторые дети могут стоять у опоры, переступать с поддержкой за руки. Как правило, нарушения произвольной моторики сочетаются с патологией артикуляционного аппарата, голоса, дыхания. Вместе с тем у ряда детей отмечается довольно высокий уровень эмоциональных реакций и познавательной деятельности в целом. У детей с патологией двигательной сферы и артикуляционного аппарата доречевая голосовая деятельность в этот возрастной период практически отсутствует.

У детей в возрасте от рождения до пяти месяцев отмечается целый ряд патологических изменений в строении и функционировании артикуляционного аппарата. Патология строения артикуляционного аппарата у части детей проявляется в неправильной форме твердого неба, недоразвитии нижней челюсти, массивном языке. У части детей наблюдаются значительная асимметрия лица, сглаженность носогубных складок. Форма языка и его положение в полости рта в значительной степени зависят от общего мышечного тонуса ребенка, от влияния патологических тонических рефлексов на мышцы языка. Так, в большинстве случаев язык крайне напряжен, оттянут «комом» назад, либо «жалом» вытянут вперед, что чаще всего сочетается с его гиперкинезами в передне-заднем направлении и тремором, а нередко – и с гиперкинезами мимической мускулатуры. В некоторых случаях отмечается гипотонус языка, губ, отвисание нижней челюсти, отсутствие сосательных движений.

У большинства детей голос слабый, смодулированный, иссякающий, в ряде случаев отмечается асинхронность голоса, дыхания и артикуляции. Мимика вялая, невыразительная.

Все перечисленные выше отклонения отражаются на процессе вскармливания ребенка: дети не могут сосать грудь матери, плохо сосут из бутылочки, захлебываются, давятся. У них отмечаются постоянные поперхивания во время еды, молоко подтекает из углов рта. В менее тяжелых случаях патология артикуляционного аппарата проявляется в треморе подбородка и языка, вялости губной мускулатуры, слабости сосательных движений. У этих детей звуки гуления появляются в возрасте до пяти месяцев, крик у них выразительный и служит средством общения с окружающими.

У детей в возрасте от пяти месяцев до одного года нарастает выраженность патологических проявлений в артикуляционном аппарате. Прежде всего, усиливается псевдобульбарная симптоматика, проявляющаяся в

нарушении сосания, дыхания и крика, поперхиваниях во время еды. Голос монотонный, истощаемый, лишенный интонационной выразительности. В этом возрасте заметнее становятся нарушения дыхания: оно неглубокое, аритмичное, встречаются явления стридора. У всех детей нарушен мышечный тонус всего артикуляционного аппарата, что проявляется в паретичности (вялость тонуса мышц), спастичности (напряженность тонуса мышц), дистонии (меняющийся тонус мышц), треморе языка. У части детей выражены гиперкинезы языка, асимметрия лица, сглаженность одной или обеих носогубных складок, отмечается опущение одного из углов рта или перекос рта в здоровую сторону при улыбке и плаче. Форма языка у многих детей патологическая без выраженного кончика, язык утолщенный, занимающий всю ротовую полость, что объясняется патологическим распределением тонуса в мышцах языка.

Подвижность языка и губ у детей значительно ограничена. Гиперсаливация (увеличение секрета слюнных желез) в этом возрасте встречается редко и имеет место, когда ребенок находится в вертикальном положении. У большинства детей мимика маловыразительная или вовсе отсутствует.

Таким образом, у детей с ППП ЦНС в возрасте от рождения до двух лет обнаруживаются значительные патологические изменения артикуляционного аппарата, голоса, дыхания, что с возрастом не исчезает, а, наоборот, закрепляется и приводит к тому, что артикуляционный аппарат остается неподготовленным к гулению и лепету. У детей с выраженной патологией артикуляционного аппарата доречевая голосовая деятельность проявляется в недифференцированных гортанных звуках, лишенных интонационно-выразительной окраски. В менее тяжелых случаях у детей появляется гуление, лепет, развивается интонационная система языка.

При изучении доречевой деятельности детей с ППП ЦНС важно учитывать время появления и особенности первого крика. В анамнезе у многих детей отмечается отсутствие первого крика при рождении. В дальнейшем их крик характеризуется слабостью, непродолжительностью, немодулированностью.

В первые месяцы жизни, а у некоторых детей и дольше, крик отличается интонационной невыразительностью: отсутствуют дифференцированные интонации, выражающие недовольство, требовательность, радость и др. По крику ребенка невозможно определить его состояние и желания. В силу этого крик в первые месяцы жизни у детей с ППП ЦНС не может служить средством общения с окружающими. Лишь у некоторых детей к 5—12 месяцам крик приобретает коммуникативную функцию, но интонационно он остается маловыразительным.

Спонтанные короткие звуки гуканья у некоторых детей с ППП ЦНС появляются только к концу первого года жизни.

Чаще всего дети издают редуцированные гласные звуки и их сочетания: [а], [э], [аэ], [эо] – спонтанно или при общении с взрослым. Интонационной окраски эти звуки не имеют. Большинство детей необходимо постоянно стимулировать к произнесению звуков гуканья.

Отдельные недифференцированные звуки, возникающие как спонтанно, так и при контакте с взрослым по подражанию, представляют собой элементы гуления. Если у нормально развивающегося ребенка звуки гуления носят певучий характер, то у детей с ППП ЦНС они короткие, лишены певучести. У большинства детей гуление представлено недифференцированными гласными звуками и их сочетаниями: [а], [ы], [э], [уэ], [эо], а заднеязычные звуки [г], [к], [х] отсутствуют, так как для их артикуляции необходимо участие корня языка, что для детей с ППП ЦНС крайне затруднительно вследствие его напряжения и ограничения подвижности. Активность гуления у детей с ППП ЦНС очень низкая.

У детей с тяжелым поражением артикуляционного аппарата длительное время вообще отсутствует голосовая активность. Самоподражание в гулении появляется в возрасте от пяти месяцев до года, что значительно отстает от нормы. У многих детей самоподражание в гулении вообще не наблюдается.

В силу того что у детей с ППП ЦНС звуки гуления однообразны и невыразительны, они не могут служить средством общения с окружающими, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на процессе формирования потребности в речевом общении и приводит к задержке психического развития в целом.

Невысокая активность гуления тормозит ход становления речедвигательного и слухоречевого анализаторов.

Развитие лепета. Спонтанный лепет у детей с ППП ЦНС появляется лишь после 12 месяцев, что существенно отстает от нормы. При этом лепет характеризуется фрагментарностью, бедностью звукового состава и отсутствием слоговых комплексов.

Чаще всего в лепете детей с ППП ЦНС присутствуют гласные [а], [э] и губно-губные согласные [п], [м], [б]. Преобладание в лепете гласных [а], [э] объясняется тем, что они легки для произнесения, так как требуют лишь вибрации голосовых связок и раскрытия рта. Для произнесения согласных звуков [м], [п], [б] необходима активизация губной мускулатуры, которая наиболее подготовлена вследствие постоянного совершенствования моторики губ в акте сосания во время приема пищи.

Наиболее характерными в лепете детей являются сочетания гласных [а], [э] с губно-губными согласными: [па], [ма], [ама], [ба], [аба].

Группа губно-зубных, передне-, средне-, заднеязычных согласных в лепете детей с ППП ЦНС встречается редко. В их лепете нет или почти нет

противопоставлений согласных: звонких глухим, твердых мягким, смычных щелевым. Вместе с тем для них характерны недифференцированные гортанные звуки лепета.

Последовательность овладения звуками лепета как нормально развивающимися детьми, так и детьми с ППП ЦНС определяется закономерностями развития речедвигательного анализатора: на смену грубым артикуляционным дифференцировкам приходят все более тонкие, а легкие артикуляционные уклады уступают место трудным.

Снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность детей с ППП ЦНС не обеспечивают готовности речевого аппарата к членораздельному произношению. А патологическое состояние артикуляционного аппарата, в свою очередь, препятствует развитию его моторики и появлению новых звуков.

В связи с этим у большинства детей с ППП ЦНС отсутствует та последовательность этапов развития лепета, которая характерна для лепета здоровых детей. Наследственная программа озвученных артикуляционных движений, реализуемая независимо от слуха детей и восприятия речи окружающих (I этап развития лепета по В. И. Бельтюкову), у детей с ППП ЦНС выражена плохо или отсутствует вообще.

У детей с ППП ЦНС II этап развития лепета либо отсутствует, либо протекает искаженно (плохо формируется механизм аутоэхолалии – самоподражания); III этап, характеризующийся сочетанием звуковых слоговых комплексов, физиологических эхолалий и знаменующийся переходом к активной речи, появляется с большим опозданием и длится значительно дольше, чем у здоровых детей.

Для выявления возможностей психического развития детей с ППП ЦНС большое значение имеет оценка уровня развития их сенсорных функций, ориентировочно-познавательных реакций, эмоционального и звукового общения с окружающими.

Для детей в возрасте от рождения до пяти месяцев характерно кратковременное бодрствование, прерываемое сном. Причем во время бодрствования часто возникают отрицательные реакции. У некоторых детей отсутствует врожденный рефлекс движения глаз, возникающий под влиянием движущегося в поле зрения раздражителя. Зрительное сосредоточение у них появляется лишь после 4–8 месяцев и характеризуется рядом патологических особенностей: косоглазием, нистагмом (непроизвольные быстрые движения глазных яблок), влиянием патологических тонических рефлексов (ограничение поля зрения, косоглазие) на мышцы глаз и др.

Зрительное прослеживание у детей с ППП ЦНС длительное время характеризуется фрагментарностью, скачкообразностью и ограничением поля зрения. У детей значительно задерживается развитие зрительных,

слуховых и ориентировочных реакций, а на любой оптический и слуховой раздражитель возникает притормаживание общих движений, в том числе и сосания, но поворота в сторону раздражителя вызвать у них не удастся. В результате этих нарушений у детей первых пяти месяцев жизни ориентировочные реакции выражены слабо или отсутствуют вообще. У некоторых малышей вместо ориентировочных реакций на оптический или слуховой раздражитель возникают защитно-оборонительные реакции: вздрагивание, плач, испуг. У детей, перенесших гемолитическую болезнь новорожденных, ориентировочные реакции на слуховой раздражитель либо отсутствуют, либо выражены слабо: отмечается нарушение акустической установки на звуки и речь, а слуховое сосредоточение появляется очень поздно, после 5—17 месяцев. Нарушение сенсорного восприятия приводит к невозможности установления с детьми эмоционального контакта, что, в свою очередь, тормозит появление у них первых положительных эмоций. Так, улыбка у детей с ППП ЦНС возникает лишь к 3—6 месяцам.

Описанная патология наблюдается у детей с наиболее тяжелым поражением мозга. В более легких случаях у детей с опозданием, но все же формируются зрительное и слуховое сосредоточение, а эмоциональные реакции развиваются в соответствии с возрастом. Однако комплекс оживления у этих детей не всегда содержит в себе все существенные компоненты: в одних случаях он проходит без двигательных реакций, в других — без голосовых.

С некоторыми детьми не удается установить эмоциональный контакт в силу отсутствия у них интереса к окружающему и потребности в общении с людьми. Эти дети не выделяют мать, не обращают внимания на игрушки, не гуляют. Их голосовая активность проявляется в монотонном крике, по которому невозможно определить желания ребенка.

Недостаточность зрительно-моторной координации в этом возрасте отмечается у всех детей с ППП ЦНС: они не тянутся к игрушке, не пытаются захватить предложенный предмет. Некоторые дети могут удерживать вложенную в руку игрушку, но не стараются ее рассмотреть, ощупать, взять в рот.

Для детей с ППП ЦНС в возрасте от пяти месяцев до одного года характерно неравномерное развитие отдельных психических функций: восприятия, зрительно-моторной координации, ориентировочно-познавательных реакций, эмоционального и звукового общения с окружающими. У них в силу недостаточности слухового восприятия и недоразвития моторики имеет место слабость деятельности слухового анализатора. Эти дети с трудом локализируют направление звука или, хорошо реагируя на обычные звуки, не обращают внимания на речь. В этом возрасте у них не формируется первичное понимание речи: они не смотрят на обращающе-

гося к ним взрослого, не прислушиваются к его голосу, не реагируют на свое имя, на смену интонации, голоса. У детей, не имеющих нарушений слухового восприятия, импрессивная речь развивается успешно лишь в том случае, если уровень их дифференцированных эмоций достаточно высок.

Наиболее характерными нарушениями зрительного восприятия являются: косоглазие, нистагм (непроизвольные быстрые ритмические движения глазных яблок), сужение поля зрения (как вверх-вниз, так и влево-вправо), влияние патологических тонических рефлексов на мышцы глаз, трудности фиксации взора на интересующем объекте.

У подавляющего большинства детей ярко выражена недостаточность развития движений рук: они не могут дотянуться до игрушки и схватить ее из-за плотно сжатых кулаков. При попытках захватить игрушку отмечается тремор рук и промахи. Дети не тянутся к игрушке, удаленной от них на 25–30 см, а берут только находящийся непосредственно перед глазами предмет.

Движения детей скованны и однообразны. Из-за неловкости движений игрушки часто падают на пол, при этом некоторые дети не прослеживают взором упавшую игрушку.

У детей этого возраста наблюдается слабость эмоционально-волевых проявлений: у них не создается собственного положительного эмоционального фона при общении с взрослым, при виде игрушки.

Средства общения детей с окружающими крайне ограничены: чаще всего это мало модулированный крик или выразительные движения глаз. В большинстве случаев в процессе общения с окружающими проявляются следующие особенности психической деятельности детей с ППП ЦНС: низкий эмоциональный фон, инактивность (когда ребенок не стремится рассмотреть какой-нибудь предмет во всех деталях), высокая истощаемость нервной системы, неустойчивость внимания.

Вместе с тем встречается и другая категория детей, для которых характерны удовлетворительный уровень развития эмоциональных реакций и ориентировочно-познавательной деятельности, понимание обращенной к ним речи. Эти дети различают интонации голоса, реагируют на свое имя, выполняют простые речевые инструкции, знают названия некоторых игрушек. Несмотря на двигательную недостаточность, они активны, заинтересованы в общении с человеком, криком привлекают к себе внимание взрослого, бурно выражают эмоциональные переживания.

Во время занятий эти дети настойчивы в достижении цели, например, многократно повторяют одно и то же движение, чтобы захватить игрушку и произвести с ней какое-либо действие.

Общение детей с окружающими чаще всего реализуется посредством недифференцированных движений тела, сопровождающихся смодулированной вокализацией. На более высоком уровне развития эмоциональных реакций общение детей с взрослым строится посредством дифференцированных мимических реакций и звуковых проявлений. В ряде случаев дети пользуются такими средствами общения, как жесты, мимика, лепет.

10. Психологическая диагностика детей раннего возраста

1. Общая характеристика периода раннего детства. Показатели развития ребенка и параметры психологической диагностики детей раннего возраста.

2. Особенности психомоторного развития детей раннего возраста с органическими поражениями центральной нервной системы.

1. Общая характеристика периода раннего детства. Показатели развития ребенка и параметры психологической диагностики детей раннего возраста

Психологическая диагностика развития детей раннего возраста опирается на основные показатели их психического развития. Остановимся на них подробнее.

Раннее детство (1–3 года). Социальная ситуация развития характеризуется стремлением ребенка к самостоятельному выполнению действий с предметами и представляет собой ситуацию совместной деятельности ребенка и взрослого в рамках системы «ребенок – предмет – взрослый». Основным противоречием этой деятельности является то, что способ, образец действия с предметом принадлежит взрослому, а ребенок должен выполнять индивидуальное действие. *Ведущая деятельность* – предметно-манипулятивная деятельность. Общение (деловое общение) в этом возрасте становится формой организации предметной деятельности. Внутри предметной деятельности зарождаются новые виды – игра и продуктивные виды деятельности (рисование, лепка, конструирование). Являясь ведущей деятельностью предметная деятельность в наибольшей степени способствует развитию познавательных процессов. В целом период раннего детства характеризуется ситуативностью поведения ребенка, вхождением в социальные отношения, использованием соотносящих и внешних ориентировочных действий, развитием сюжетно-отобразительной игры и «игры рядом». Идет активное освоение речи, функционирует произвольное внимание, произвольная память и др. *Основные психологические новообразования*: овладение предметными, символическими, замещающими действиями, возникновение предметной игры, складываются основы продук-

тивных видов деятельности, развивается активная речь и наглядно-действенное мышление, появляется феномен «Я сам». *Кризис трех лет* характеризуется семизвездием симптомов: упрямство, негативизм, строптивость, протест-бунт, своеволие, обесценивание взрослого, деспотизм. Кризис связан с психологическим отделением ребенка от близкого взрослого, появлением гордости за собственные достижения.

Диагностика нервно-психического развития ребенка особенно сложна в первые три года, когда об уровне его развития можно судить преимущественно по сенсомоторным реакциям, а речевое общение еще ограничено. В качестве критерия нервно-психического развития на этом этапе выступают четыре показателя: сенсорная деятельность, эмоциональное общение, моторика и речь. Результаты обследования позволяют вычислить коэффициент психического развития (КР) детей до 1 года, определяемый по формуле:

$$\text{КР} = \text{ВПР} * 100 / \text{КВ},$$

где: ВПР – возраст психического развития в неделях, определяемый с помощью возрастной шкалы оценки психического развития детей первого года жизни по четырем исходным факторам-показателям, перечисленным выше (например, для возраста 8-я неделя первого года жизни таковыми являются: 1) издает тихие сонарные и горловые звуки; 2) улыбается, когда с ним говорят; 3) следит взглядом за движущимися предметами; 4) держит голову, когда его берут на руки; а для возраста 12-я неделя: 1) агукать чаще и более продолжительно; 2) реагирует оживленно; 3) следит за предметами, которые движутся; 4) держит голову, упирается ногой);

КВ – календарный возраст в неделях от рождения до даты обследования.

Полученный коэффициент психического развития сравнивается с нормативными данными: высокое развитие (109–133), нормальное развитие (108–90), слабое развитие (89–80), критический уровень развития (79–70), дебильность (65 и ниже). Например, психическое развитие ребенка соответствует 48 неделям, а календарный возраст его всего 40 недель. Производя расчет по формуле, получаем 120 баллов, что свидетельствует об опережающем уровне развития данного ребенка.

С 1 года до 3 лет оценка психического развития детей производится 1 раз в квартал по шести показателям: речь, общение, культурно-гигиенические навыки, рисование, действие с предметами и моторика – в соответствии со шкалой оценки психического развития детей с года до трех лет (например, для возраста 15 месяцев показателями психического развития являются: 1) произносит 20 и более слов; 2) выполняет 2 поручения; 3) держит карандаш и оставляет им следы на бумаге; 4) держит ложку во время еды; 5) ставит 5 кубиков один на другой; 6) ходит сам, но часто

падает; а для возраста 24 месяца: 1) задает первые вопросы; 2) общается с детьми; 3) чиркает вертикальные и горизонтальные линии; 4) регулирует отправление физиологических потребностей; 5) пробует ловить брошенный мяч; 6) поднимается и спускается по лестнице с поддержкой); по той же формуле.

Полученный коэффициент психического развития сравнивается с нормативными данными для детей от 1 до 3 лет: высокое развитие (110–120), нормальное развитие (107–90), слабое развитие (87–80), критический уровень развития (77–70), дебильность (67 и ниже).

Диагностика нервно-психического развития детей первого года жизни и раннего возраста проводится медицинскими психологами в присутствии родителей при непосредственном их участии. Для быстрой оценки нервно-психического развития (НПР) существуют таблицы формирования основных навыков, которые позволяют констатировать, какому возрасту соответствуют отдельные функции или нервно-психический статус данного ребенка в целом. Схема оценки НПР ребенка включает: 1) оценку уровня НПР ребенка по ведущим линиям развития детей, характерным для данного возраста; 2) определение соответствия или несоответствия уровня НПР ребенка данному возрасту с учетом групп развития и степеней задержки; 3) оценку динамики НПР ребенка по сравнению с его предыдущим уровнем, наличие или отсутствие индивидуальных особенностей НПР. По результатам оценки НПР родителям даются рекомендации по обеспечению своевременного и гармоничного развития ребенка на следующий возрастной период: а) по линиям развития ребенка (эмоции, движения, навыки, речь и др.); б) по отдельным показателям НПР (сформировать у ребенка умение захватывать рукой игрушку, выработать условную связь слова с предметом и др.); в) по организации условий для своевременного формирования умений и навыков ребенка, соответствующих его возрасту (для умения ползать – манеж, для развития слухового анализатора – звуковые игрушки). При очередной встрече с ребенком прежде всего проверяется, как выполнены назначения, каковы сдвиги в НПР и поведении ребенка.

Для диагностики нервно-психического развития детей от 1 года до 3-х лет используются следующие методики:

1. Диагностика детей раннего возраста Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печеры и Э.Л. Фрухт – позволяет качественно оценить зрительные и слуховые реакции малыша, его эмоции и предпосылки социального поведения, социальное развитие, общую двигательную активность, движения руки, игру и действия с предметами, конструктивную и изобразительную деятельности, предпосылки активной речи и ее понимание, навыки в режимных процессах, развитие познавательной сферы (путем проб и ошибок). Данная методика создана для осуществления динамического контроля нервно-

психического развития ребенка в периоды от 1 до 3-х месяцев, с 4 до 6, с 7 до 9 и с 9 до 12 месяцев, а также от 2-х до 3-х лет. Методика позволяет увидеть общую тенденцию развития, определить сформированность психологических достижений ребенка младенческого и раннего возраста, предупредить отставание в развитии, а так же своевременно оказать меры по его поддержке.

2. Методика определения коэффициента нервно-психического развития «ГНОМ» (график нервно-психического обследования младенцев) Г.В. Козловской. Состоит из 12 возрастных субтестов. Психическое развитие исследуется на 1-м году жизни каждый месяц, после года – каждые три месяца, от 2 до 3 лет – 1 раз в полгода. Субтесты состоят из 20 вопросов (заданий), позволяющих тестировать развитие сенсорных, моторных, эмоционально-волевых, познавательных и поведенческих функций. Для исследования уровня развития каждой функции предлагают 4 задания. Для исследования сенсорной функции тестируется зрительная, слуховая и тактильная чувствительности. Для определения состояния моторики – статика, кинетика, тонкая моторика и мимика. В эмоционально-волевой сфере исследуются: формирование и дифференцировка эмоциональных реакций, появление и характер эмоционального резонанса (способности воспринимать эмоциональное состояние других людей и адекватно на него реагировать). Для оценки волевых функций исследуются активная и пассивная произвольная деятельность. Познавательные функции тестируют по четырем показателям: речь, мышление, игра и внимание. Поведенческие функции состоят из двух разделов: биологического (пищевого поведения, формирования навыков опрятности) и социального поведения, для изучения каждого из которых предлагают по два задания. Тест позволяет распределить обследуемых детей по трем группам: 1) здоровые дети – показатель коэффициента психического развития (КПР) от 110 до 90 баллов; 2) группа риска – КПР 80-89 или выше 111 баллов; 3) группа нарушения развития – КПР ниже 80.

3. Денверский скрининг-тест развития (DDST). Разработан Frankenburg W. K., J. B. Dodds для выявления детей, страдающих задержкой психического развития в возрасте от рождения до 6 лет. Он содержит 4 шкалы: 1) грубая моторика; 2) тонкая моторика; 3) речь; 4) социальная адаптация. Из 105 пунктов 75 предназначены для детей до 3 лет. Обычно ребенок тестируется по 20 пунктам. Каждый пункт оцениваются как «выполненный», «невыполненный», «отказ от выполнения», «не было возможностей для выполнения». Тестирование проводится как в условиях прямого наблюдения, так и на основании сведений, полученных от родителей. Дети, выполнившие все пункты, считаются развивающимися нормально. Если имеется один невыполненный пункт в какой-либо шкале, ре-

зультат считается сомнительным, два невыполненных пункта — задержка развития.

4. Методика оценки психического развития ребенка младенческого возраста О.В. Баженовой. По результатам исследований возможно вычисление индексов развития отдельных групп реакций (двигательные, сенсорные, эмоциональные, голосовые реакции; способы взаимодействия со взрослыми, действия с предметами) и графическое представление результатов обследования в форме профилей развития. Для большинства групп реакций выделено несколько отличающихся по тяжести степеней нарушений: легкая, средняя, тяжелая степень.

В качестве дополнительных диагностических методик для уточнения состояния ребенка используются: методика диагностики психического развития детей от рождения до 3 лет Е.О. Смирновой, Л.Н. Галигузовой, Т.В. Ермоловой, С.Ю. Мещеряковой, шкала психомоторного развития по Гриффитс; шкалы психомоторного развития А. Гезелла; шкалы психомоторного развития детей от рождения до 42 месяцев Н. Бэйли.

2. Особенности психомоторного развития детей раннего возраста с органическими поражениями центральной нервной системы

Перечисляя *признаки нарушений нервно-психического развития в младенчестве*, С.А. Калашникова подчеркивает, что первый год является наиболее насыщенным в плане развития психических функций ребенка периодом, в отношении которого осуществляется оценка изменений. Отставание в развитии на 1 период (на 1 месяц) является поводом для отнесения ребенка в группу повышенного риска, на 2 – признаком нарушения развития.

В 1 год показателями возможного повреждения ЦНС могут служить следующие признаки: ребенок ходит только с поддержкой вследствие опоры на носки и мышечной гипотонии; отмечается выраженное предпочтение действий правой и левой рукой; не понимает просьб и не знает названий предметов; в речи мало слогов и совсем нет слов; игровая деятельность носит устойчиво разрушительный характер; окружность головы более 50 или менее 44 см. Кроме того, тревогу могут вызывать особенности настроения и поведения детей, особенно, если они проявляются достаточно длительное время: беспокойное, медленное засыпание с дополнительными воздействиями; беспокойный, прерывистый или очень глубокий сон; неустойчивый, плохой или резко повышенный (неразборчивый) аппетит, отказ от пищи; отрицательные привычки (раскачивание, сосание пальца и т.п.); пассивный, безучастный характер бодрствования; раздражительно-возбужденное или подавленное настроение.

Явные признаки нарушений психического развития ребенка раннего возраста, по мнению С.А. Калашниковой, это:

1) отсутствие истинно предметных действий, замена их манипуляциями (действиями, неспецифичными для определенных предметов);

2) неадекватные действия (например, упорно пытается вложить неподходящие вкладыш и в доске Сегена);

3) ограниченное понимание речи взрослого, проявляющееся в отсутствии переноса;

4) резкое отставание в развитии собственной речи;

5) аутизация ребенка – жизнь в своем собственном мире, снижение потребности в общении с детьми и взрослыми, неадекватные страхи, навязчивые стереотипные движения (например, раскачивание);

б) симптомы нарушения центральной нервной системы: заикание, беспорядочная речь, постоянное моргание, бесцельные движения руками, разнообразные тики, сосание пальца, ходьба с подпрыгиванием и др.

Поведенческие нарушения, свидетельствующие о неблагополучии в эмоционально-волевой сфере личности, заключаются в следующем: ребенок очень часто плачет, капризничает, не может сам себя занять, трудно адаптируется к новым ситуациям, проявляет негативизм, агрессивно настроен по отношению к детям, не понимает запретов, не усваивает элементарные правила поведения, возбужден, бестормозен.

Диагностическое обследование младенцев и детей раннего возраста сопряжено с рядом трудностей, связанных с возрастными особенностями детей данных возрастных групп.

Младенец – трудный испытуемый, который бывает в различных состояниях от сонливости до громкого плача. То, как ребенок реагирует на окружающий мир, во многом зависит от его уровня активности.

Работа с ребенком раннего возраста значительно осложняется в связи с неразвитостью или недостаточностью произвольности поведения.

И.Ю. Левченко выделяет в качестве необходимых следующие требования к организации и проведению обследования:

– процедура обследования должна строиться в соответствии с особенностями возраста ребенка на основе активной деятельности, ведущей для его возраста;

– характер объектов и материала в принципе должен быть знаком ребенку, а способ общения с психодиагностом быть таким же, как и со знакомым взрослым;

– методики должны быть удобны для использования, давать возможность стандартизации и математической обработки данных, но одновременно выявлять качественные особенности процесса выполнения;

- анализ полученных результатов должен быть качественно-количественным, позволяющим выявить своеобразие развития ребенка и его потенциальные возможности;

- выбор качественных показателей должен определяться их способностью отражать уровни сформированности психических функций;

- следует продумать порядок предъявления заданий.

Добавим, что диагностические задания должны быть доступны для ребенка. Важно сначала установить контакт с ребенком, вызвать его доверие посредством совместной игры, заинтересовать с помощью яркой игрушки, чтобы настроить малыша на личностное, эмоциональное и деловое сотрудничество. Далее необходимо создать ситуацию успеха, вызвать и удерживать заинтересованность ребенка и быстро проводить задания, заменять одно задание на другое, если появляются признаки скуки.

Работа психодиагноста начинается с рассмотрения запроса, затем следует этап сбора информации. Итогом работы является формулировка психологического заключения на основе обработки и интерпретации полученной информации. При изучении жалоб важно выяснить время возникновения проблемы, связь их с условиями жизни ребенка. Следует помнить, что родители формулируют жалобу как проблему ребенка, однако в ряде случаев это может быть проблемой родителей, которые не осознают ее как свою. Поэтому необходимо уточнить содержание жалобы и ожидания родителей от ребенка.

Изучение ребенка в рамках углубленного психодиагностического обследования включает целый ряд шагов:

1. Сбор анамнеза, включающего систему сведений медицинского, психологического, социального, педагогического характера. Анамнез обычно заполняется со слов родителей по специальной схеме, определенной спецификой учреждения, целями и задачами изучения.

2. Изучение документации ребенка (медицинская карта из детской поликлиники, история болезни ребенка, результаты медицинского обследования у разных специалистов и др.).

3. Изучение продуктов деятельности (если таковые имеются и возможны для ребенка данного возраста).

4. Наблюдение за деятельностью и поведением ребенка. При психологическом изучении наиболее важным является наблюдение за игрой, поведением, общением и работоспособностью ребенка. Возрастные нормы психического развития относительны, индивидуальный темп развития может иметь много вариантов, оставаясь при этом в границах нормы. Поэтому сделать обоснованный вывод по какому-то показателю о том может только специалист. Однако предварительные внимательные наблюдения родителей и воспитателей могут стать ценным источником дополнитель-

ной информации для принятия решения. Для того чтобы качественно провести предварительные наблюдения за ребенком, родителям или воспитателю необходимо пользоваться достаточно подробными и обоснованными описаниями особенностей поведения детей в последовательных возрастных отрезках.

5. Беседа с родителями или ребенком проводится по специально составленной программе. Беседа может быть использована как начальный этап исследования в целях установления контакта или как вспомогательный метод исследования.

6. Экспериментальное изучение особенностей психического развития ребенка с использованием качественно-количественных методов оценки развития. Необходимо заметить, что трактовка тестовых результатов часто невозможна без качественного клинико-психологического анализа каждого отдельного случая. Качественный анализ особенностей психофизического развития ребенка позволяет более глубоко понять, развитие каких сторон психической деятельности недостаточно или страдает, и за счет чего может происходить компенсация.

На основе полученных диагностических данных формулируется психологическое заключение, которое включает в себя психологический диагноз и психологический прогноз.

11 Психологическая коррекция как особый вид психологической помощи

1. История и развитие коррекции.
2. Виды коррекции. Различные классификации коррекционной работы.
3. Основные принципы коррекционной работы: иерархичности, системности, комплексности, опоры на активность самого ребенка и др.

1. История и развитие коррекции

В плане исторического развития коррекции принято выделять четыре основных периода.

Первый период охватывает медицинские и педагогические проблемы коррекции аномального развития ребенка. В это время появляется большое количество работ разных специалистов (психиатров, педагогов, психологов и др.), посвященных описанию развития умственно отсталых детей и классификации психофизиологических и социальных причин интеллектуальной недостаточности. Огромный вклад в решение данного вопроса внес Э. Сеген, который описал существенные дефекты при умственной отсталости и обозначил определяющую роль нарушений волевой активности ребенка в формировании дефекта. Э. Сеген организовал школу-интернат

для умственно отсталых детей, где реализовывал свои идеи о необходимости комплексного подхода к воспитанию детей с нарушениями интеллекта.

Необходимо отметить, что Э. Сеген является автором оригинальных методов диагностики и коррекции перцептивного и умственного развития детей с умственной отсталостью. Для диагностики и коррекции сенсорно-перцептивных процессов автор использовал различные геометрические фигуры, которые располагались в специальных выемках (доски Сегена). Взрослый показывает ребенку доску, на его глазах опрокидывает ее и предлагает расположить фигурки на доске. Выполнение задания дает возможность определить степень понимания и принятия ребенком инструкции, отношение к выполнению задания, способы и приемы работы. Данная методика получила широкое применение в психолого-педагогической практике. Ее появление принято считать началом развития психокоррекционных технологий.

В этот период времени П.Я. Трошин изучает специфику познавательной сферы детей с нормальным и аномальным психическим развитием. Автор приходит к мнению о том, что закономерности развития у детей обеих групп одни и те же. Различие заключается в способах развития. П.Я. Трошин разработал диагностические и психокоррекционные методы, позволяющие выявлять и в последующем оптимизировать психические процессы у детей с интеллектуальной недостаточностью.

Практико-ориентированная направленность работ Э. Сегена и П.Я. Трошина была продолжена в исследованиях зарубежных и отечественных специалистов, которые стали изучать психическое развитие детей с разными видами психофизических нарушений.

На *втором* этапе развития коррекции популярность приобретают исследования особенностей психофизического развития здоровых детей и детей с отклонениями с позиции ассоциативной психологии. Известным представителем этого периода является М. Монтессори, которая, опираясь на идеи Э. Сегена, разработала собственные коррекционные материалы, направленные на развитие познавательных процессов у ребенка. М. Монтессори создала специальную школу, а затем медико-педагогический институт для умственно отсталых детей и сирот. В концептуальном подходе М. Монтессори центральным является понятие «сензитивные периоды» развития ребенка, под которыми автор понимает генетически запрограммированные отрезки времени, когда ребенок способен овладеть определенными навыками.

Находясь под влиянием системы М. Монтессори, российский исследователь А.Н. Грабов разрабатывает систему коррекционных занятий по развитию памяти, мышления, произвольных движений у детей с интеллектуальными нарушениями.

Особая роль в разработке системы психологической коррекции детей с проблемами в развитии принадлежит В.П. Кащенко, который в своих работах изложил принципы и описал методы лечебной педагогики, психотерапевтической и психологической коррекции, психологической диагностики, а также подчеркнул значение социальной среды в формировании личности детей с проблемами в развитии.

Третий этап развития психокоррекции связан с именем Л.С. Выготского, который проводил исследования в области дефектологии и специальной психологии, накапливался эмпирический материал об особенностях развития детей с различными физическими и психическими аномалиями. Л. С. Выготский проанализировал работы Э. Сегена, П.Я. Трошина, В.П. Кащенко, А. Адлера и др. и создал единую концепцию аномального развития, обозначив основные направления коррекции. В основу исследований аномального детства была положена теория психического развития, которую Л.С. Выготский разработал, изучая особенности нормального психического развития. Автор пришел к выводу, что наиболее общие законы развития нормального ребенка прослеживаются и в развитии аномальных детей. По мнению Л.С. Выготского, общим для обоих вариантов является социальная обусловленность психического развития, а социально-педагогическое воздействие является важным источником формирования высших психических функций как в норме, так и в патологии.

Идеи Л.С. Выготского о системном строении дефекта позволили ему выделить в аномальном развитии следующие группы симптомов. Это первичные дефекты, которые непосредственно вытекают из биологической природы болезни (нарушение слуха, зрения, двигательные нарушения и пр.); вторичные и третичные дефекты, которые возникают опосредованно в процессе социального развития аномального ребенка. Вторичный и третичный дефекты, по мнению автора, являются основными объектами психологического изучения и коррекции при аномальном развитии. Механизм возникновения вторичных и третичных дефектов у детей зависит от времени возникновения первичного дефекта и степени его выраженности.

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

Необходимо отметить, что в этот период времени успешно разрабатываются различные направления психологической коррекции: психодинамическое, поведенческое, когнитивное и пр.

Психодинамическое направление. Центральными в рамках этого направления являются вопросы, связанные с динамическими аспектами психики (мотивы, побуждения, влечения, внутриличностные конфликты), существование которых обеспечивает функционирование и развитие личности (А. Адлер, М. Кляйн, З. Фрейд, А. Фрейд и др.). Главной задачей коррекции в психодинамическом направлении является доведение до осознания ребенком конфликтной ситуации, связанной с неприемлемыми для него бессознательными влечениями. В качестве методов успешно используются такие, как игровая терапия (директивная и недирективная), арт-терапия, толкование сновидений и метод свободных ассоциаций. В настоящее время перечисленные методы стали базовыми методами психологической коррекции. В целом, общая направленность психологической коррекции в рамках психодинамического подхода – это помощь ребенку в выявлении неосознаваемых причин эмоциональных переживаний, их осознании и переоценке.

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. Основной целью психологической коррекции в рамках поведенческого подхода является выработка у ребенка нового адаптивного поведения или преодоление дезадаптивного поведения. Это достигается с помощью блокирования старых форм поведения и обучение ребенка новым формам поведения с использованием приемов самоконтроля и саморегуляции. В процессе психологической коррекции, обучая ребенка новым формам поведения, взрослый выступает в роли учителя, тренера, а ребенок в роли ученика. В рамках поведенческого направления разработано много оригинальных психокоррекционных методов: систематическая десенсибилизация, негативное воздействие, моделирование ситуации, авersive обусловливание и др.

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.

Клиентцентрированный подход, разработанный К. Роджерсом, направлен на врожденное стремление человека к самореализации. Основу психического здоровья, по мнению К. Роджерса, составляет гармоничная структура Я-концепции, соответствие идеального Я реальному Я, а также стремление личности к самопознанию и самореализации.

Степень различия между «Я-реальным» и «Я-идеальным» определяет степень дискомфорта личности и личностный рост. Если степень разли-

чия не велика, то она выступает двигателем личностного роста. 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. Согласно К. Роджерсу, эта цель может быть достигнута при условии конгруэнтности в отношениях с ребенком, безусловного его принятия, уважения, эмпатического восприятия и создания благоприятного психологического климата. При этом, основной акцент направлен на эмоциональные компоненты личности, инициативу и самостоятельность ребенка.

В *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 ребенком, а также научение его новым способам мышления, изменение восприятия себя и окружающей действительности. В рамках этого подхода процесс психокоррекции проходит в несколько этапов.

Диагностический этап включает в себя применение личностных тестов, опросников, клинико-биографического анализа и совместное с ребенком формулирование его проблем. После тщательного анализа психолог составляет список проблем и предоставляет его ребенку, после чего уточняются причины проблем. В процессе коррекционного этапа психолог обучает ребенка распознавать неадаптивные способы поведения с помощью самонаблюдения, ведения дневников. Обсуждая с психологом результаты своих наблюдений, клиент 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 ребенку.

Целью когнитивной психокоррекции является обучение ребенка умению самостоятельно решать, модифицировать или сохранять свои убеждения, предварительно осознав их эмоциональные и поведенческие последствия. На оценочном этапе психолог совместно с клиентом обсуждают новые формы поведения, прорабатывают его более сложные элементы.

Кроме перечисленных направлений психологической коррекции существует множество других (экзистенциальное направление, телесноори-

ентированное направление Райха, биоэнергетический подход Лоуэна и др.). Каждое направление заслуживает внимания специалистов. Какой путь из множества будет психологом выбран для коррекционной деятельности, зависит от его компетентности, профессионализма, личностного потенциала, реальной ситуации взаимодействия с клиентом.

Четвертый этап развития теории и практики психологической коррекции связан с интенсивным становлением практической психологии, который начался во второй половине XX века. В тот период начали широко разрабатываться и внедряться в практику программы психологической помощи детям с детским церебральным параличом, ранним детским аутизмом, задержкой психического развития, интеллектуальной недостаточностью (В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, И.И. Мамайчук, В.И. Лубовский, М.С. Певзнер и др.). Активно разрабатываются и внедряются в практику комплексные психолого-педагогические коррекционные программы для различных учреждений образования.

Появилось огромное количество работ, посвященных изучению проблем психологической коррекции детей с эмоциональными нарушениями, расстройствами невротического характера (А.И. Захаров, А.С. Спиваковская, В.В. Гарбузов и др.), а также вопросам коррекции детско-родительских отношений (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий и др.).

В настоящее время успешно развиваются теоретические и методологические аспекты психологической коррекции детей с особенностями психофизического развития, а в психолого-педагогическую практику взаимодействия с ребенком активно внедряются положения концепции об инклюзивном образовании.

2. Виды коррекции. Различные классификации коррекционной работы

Психокоррекция – это система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия. Психокоррекция имеет дело с уже сформированными качествами личности или видами поведения и направлена на их исправление. Психокоррекции подлежат недостатки, не имеющие органической основы и не представляющие собой такие устойчивые качества, которые формируются довольно рано и в дальнейшем практически не изменяются.

Существуют различные виды психокоррекции и, следовательно, классификации коррекционной работы, которые выделяют с учетом нижеперечисленных критериев.

По *характеру направленности* выделяют:

– *симптоматическую коррекцию* (коррекция симптомов), которая предполагает кратковременное воздействие с целью снятия острых симп-

томов отклонений в развитии, которые мешают перейти к коррекции каузального типа;

– *каузальную* (причинную) *коррекцию*, которая направлена на источники и причины отклонений. Данный вид коррекции более длителен по времени, требует значительных усилий, однако более эффективен по сравнению с симптоматической коррекцией, так как одни и те же симптомы отклонений могут иметь совершенно разную природу, причины и психологическую структуру нарушений.

По *содержанию* различают коррекцию: познавательной сферы; личности; аффективно-волевой сферы; поведенческих аспектов; межличностных отношений; внутригрупповых взаимоотношений (семейных, супружеских, коллективных); детско-родительских отношений.

По *форме работы* с клиентом различают коррекцию: индивидуальную; групповую: в закрытой естественной группе (семья, класс, сотрудники и т.д.) либо в открытой группе для клиентов со сходными проблемами; смешанную форму (индивидуально-групповую).

По *наличию программ* коррекция может быть программированная и импровизированная.

По *характеру управления корригирующими воздействиями* различают коррекцию директивную и недирективную.

По *продолжительности* коррекция может быть следующего типа.

Сверхкороткая психокоррекция длится минуты или часы и направлена на разрешение актуальных изолированных проблем и конфликтов. Ее эффект может быть нестойким.

Короткая психокоррекция длится несколько часов и дней. Применяется для решения актуальной проблемы, как бы «запускает» процесс изменения, который продолжается и после завершения встреч.

Длительная психокоррекция продолжается месяцы, в центре внимания – личностное содержание проблем. Во время коррекции прорабатывается множество деталей, эффект развивается медленно и носит стойкий характер.

Сверхдлительная психокоррекция может продолжаться годы и затрагивает сферы сознательного и бессознательного. Много времени уделяется достижению понимания сути переживаний. Эффект развивается постепенно, носит длительный характер.

По *масштабу решаемых задач* различают психокоррекцию: общую; частную; специальную.

Под *общей коррекцией* подразумеваются мероприятия общекоррекционного порядка, нормализующие специальную микросреду клиента, регулирующие психофизическую, эмоциональную нагрузки в соответствии с возрастными и индивидуальными возможностями, оптимизирующими процессы созревания психических свойств у личности, что само по себе

может способствовать ликвидации психических нарушений и гармонизации личности в ходе дальнейшего развития.

Под *частной психокоррекцией* понимают набор психолого-педагогических воздействий, представляющих собой адаптированные для детского и подросткового возраста психокоррекционные приемы и методики, используемые в работе со взрослыми, а также специально разработанные системы психокоррекционных мероприятий, основанных на ведущих для определенного возраста онтогенетических формах деятельности, уровнях общения, способах мышления и саморегуляции.

Каждый прием имеет, как правило, несколько направлений психокоррекционного воздействия. Частная психокоррекция вооружает специалиста арсеналом средств психологического воздействия, которыми он насыщает программу групповой или индивидуальной работы.

Специальная психокоррекция – это комплекс приемов, методик и организационных форм работы с клиентом или группой клиентов одного возраста, являющихся наиболее эффективными для достижения конкретных задач формирования личности, отдельных ее свойств или психических функций, проявляющихся в отклоняющемся поведении и затрудненной адаптации (застенчивость, агрессивность, неуверенность, сверхнормативность или асоциальность, неумение действовать по правилам и удерживать взятую на себя роль, четко излагать свои мысли, боязливость, аутичность, склонность к стереотипии, конфликтность, завышенная самооценка и т.д.). Специальная психокоррекция направлена на исправление последствий неправильного воспитания, нарушившего социализацию и развитие личности.

Независимо от того, какой вид коррекции специалист использует, взаимодействуя с клиентом, в ходе осуществления психокоррекционных мероприятий психолог должен стремиться помочь клиенту смотреть на решение существующих проблем оптимистично. При этом профессиональная деятельность психолога строится с учетом основных принципов коррекционной работы.

3. Основные принципы коррекционной работы: иерархичности, системности, комплексности, опоры на активность самого ребенка и др.

В теории и практике оказания психологической помощи особое значение имеет разработка основополагающих принципов психокоррекционной работы, которые базируются на теоретико-методологических подходах и фундаментальных положениях психологии о личности и ее психическом развитии в онтогенезе.

Важным принципом психологической коррекции является принцип *комплексности*. Согласно этому принципу, эффективность психологической

коррекции в значительной степени зависит от учета разного рода факторов в развитии ребенка (клинических, педагогических, социальных и пр.).

Принцип *единства диагностики и коррекции* отражает целостность процесса оказания психологической помощи. Эффективность коррекционной работы напрямую зависит от качества предшествующей диагностической работы, на основании которой составляется первичное заключение, формулируются цели и задачи коррекционно-развивающей работы, а в дальнейшем контролируется динамика изменений личности, поведения, деятельности, эмоциональных состояний ребенка, его чувств и переживаний в процессе коррекционной работы. Контроль динамики хода эффективности коррекции осуществляется с помощью диагностических процедур, позволяющих психологу получать необходимую информацию и обратную связь.

Принцип *нормативности развития*. Нормативность развития следует понимать как последовательность сменяющих друг друга возрастов, возрастных стадий онтогенетического развития. При оценке соответствия уровня развития ребенка возрастной норме и формулировании целей коррекции необходимо учитывать особенности социальной ситуации развития, уровень сформированности психологических новообразований и специфику ведущей деятельности ребенка.

Принцип *иерархичности* опирается на положения Л.С. Выготского, по мнению которого, в качестве основного содержания коррекционной работы необходимо создание зоны ближайшего развития (ЗБР) личности и деятельности ребенка. Поэтому психологическая коррекция должна строиться как целенаправленное формирование психологических новообразований возраста. Коррекция с ориентацией на зону ближайшего развития ребенка требует максимальной активности ребенка, и носит опережающий характер.

Принцип *системности* развития психологической деятельности задает необходимость учета в коррекционной работе профилактических и развивающих задач. Системность этих задач отражает взаимосвязанность различных сторон личности и гетерохронность (т.е. неравномерность) их развития. В силу системности строения психики, сознания и деятельности личности все аспекты ее развития взаимосвязаны и взаимообусловлены. При определении целей и задач коррекционно-развивающей деятельности нельзя ограничиваться лишь актуальными на сегодняшний день проблемами, а необходимо исходить из ближайшего прогноза развития. Вовремя принятые превентивные меры позволяют избежать различного рода отклонений в развитии, а тем самым необходимости развертывания в целом системы специальных коррекционных мероприятий.

Принцип *опоры на активность и деятельность самого ребенка*. Суть этого принципа заключается в том, что генеральным способом коррекционно-развивающего воздействия является организация активной деятельности ребенка, в ходе реализации которой создаются условия для ориентировки в трудных, конфликтных ситуациях, организуется необходимая основа для позитивных сдвигов в развитии личности. Коррекционное воздействие всегда осуществляется в контексте той или иной деятельности (например, ведущей), являясь средством, ориентирующим активность.

Каузальный принцип психокоррекции направлен на устранение причин и источников отклонений в психическом развитии ребенка. При этом, задачи и цели коррекции определяются симптомами, причинами и структурой дефекта.

Необходимо отметить, что эффекты коррекционной работы проявляются на протяжении достаточно длительного временного интервала: в процессе коррекционной работы; к моменту ее завершения; и, наконец, примерно полгода спустя можно окончательно говорить о закреплении или об утере клиентом позитивных эффектов коррекционной работы. При этом задача психолога заключается в наблюдении и осуществлении контроля посредством диагностических процедур за ходом психического развития ребенка на протяжении всего периода специального взаимодействия.

12. Арт-терапия как метод психологической коррекции

1. Общая характеристика метода. Цели арт-терапии и области решаемых проблем развития.
2. Музыкалотерапия.
3. Проективный рисунок.
4. Сказкотерапия.

1. Общая характеристика метода. Цели арт-терапии и области решаемых проблем развития

Термин «*арттерапия*» (буквально: *терапия искусством*) ввел в употребление Адриан Хилл (1938) при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях. Это словосочетание использовалось по отношению ко всем видам занятия искусством, которые проводились в больницах и центрах психического здоровья. Это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительном и творческой деятельности.

Основная цель арттерапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. Арттерапия может использоваться как в виде основного метода, так и в качестве одного из вспомогательных методов коррекции.

Существует две формы арттерапии: пассивная и активная.

При *пассивной форме* клиент «потребляет» художественные произведения, созданные другими людьми: рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения.

При *активной форме* арттерапии клиент сам создает продукты творчества: рисунки, скульптуры и т.д.

Занятия по арттерапии могут быть структурированными и неструктурированными.

При *структурированных занятиях* тема жестко задается, а материал предлагается психологом. Как правило, по окончании занятий обсуждается тема, манера исполнения и т.д.

При *неструктурированных занятиях* клиенты самостоятельно выбирают тему для освещения, материал, инструменты.

Существуют различные варианты использования метода арттерапии: использование уже существующих произведений искусства через их анализ и интерпретацию клиентами; побуждение клиентов к самостоятельному творчеству; использование имеющегося произведения искусства и самостоятельное творчество клиентов; творчество самого психолога (лепка, рисование и др.), направленное на установление взаимодействия с клиентом.

В зависимости от характера творческой деятельности и ее продукта можно выделить следующие виды арттерапии: рисуночную терапию, основанную на изобразительном искусстве; библиотерапию, как литературное сочинение и творческое прочтение литературных произведений; музыкотерапию; сказкотерапию и др.

Наиболее полно разработана арттерапия в узком смысле слова, т.е. музыкотерапия, рисуночная терапия и сказкотерапия.

Показаниями для проведения арттерапии являются: трудности эмоционального развития, актуальный стресс, депрессия, снижение эмоционального тонуса, лабильность, импульсивность эмоциональных реакций, эмоциональная депривация клиента, переживания эмоционального отвержения, чувство одиночества, наличие конфликтов в межличностных отношениях, неудовлетворенность в семейной ситуации, повышенная тревожность, страхи, фобические реакции и пр.

2. Музыкотерапия

Музыкотерапия активно используется в коррекции эмоциональных отклонений, страхов, двигательных и речевых расстройств, психосоматических заболеваний, отклонений в поведении, при коммуникативных затруднениях и др.

Ключевым фактором музыкотерапии является правильный выбор музыкальной программы. Для того чтобы музыка контактировала с клиентом, она должна соответствовать его эмоциональному состоянию.

Выделяют четыре основных направления коррекционного действия музыкотерапии.

1. Эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии.
2. Развитие навыков межличностного общения, коммуникативных функций и способностей.
3. Регулирующее влияние на психовегетативные процессы.
4. Повышение эстетических потребностей.

В качестве психологических механизмов коррекционного воздействия музыкотерапии указывают: эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния; облегчение осознания собственных переживаний; облегчение формирования новых отношений, установок и пр.

В 70-80-е годы вышло несколько монографий, посвященных музыкотерапии, в каждой имеются главы по применению музыки с лечебной целью у детей, страдающих неврозами (К. Швабе, 1974), ранним детским аутизмом (Р. О. Бенензон, 1973), а также исследования по объективизации влияния музыки на детей (У. Грюс, Г. Грюс, З. Мюллер, 1971). В 1982 г. в Берлине вышла книга Ю. Брюкнер, И. Медераке и К. Ульбрих «Музыкотерапия для детей», в которой очень детально рассмотрены все возможные виды детской музыкотерапии, включая пантомиму и различные способы рисования под музыку.

Одна из методик, описанных в этой книге, заключается в обучении детей распознаванию эмоций. Она состоит из четырех музыкальных уроков с постепенным усложнением заданий.

На *первом уроке* дети получают 6 карточек с изображением детского лица с различной мимикой: радости, гнева, грусти, удивления, внимания, задумчивости. Авторы методики назвали их «картами настроения». Прослушав музыкальную пьесу, дети должны поднять одну из карт. Если все поднятые карты совпадают по настроению с настроением музыки, то эмоции, изображенные на них, не называются.

На последующих трех уроках дети, наоборот, учатся словесно описывать чувства, вызываемые контрастными музыкальными произведениями и соотносить их с «картами настроения». Так как мимика на «картах настроения» решена неоднозначно, то дети могут сразу после прослушивания одного и того же произведения показать две разные карты. Для характеристики музыкальных образов, своих чувств и звучания музыки дети пользуются двумя наборами полярных определений:

веселый – грустный; бодрый – усталый; довольный – сердитый; спокойный – взволнованный; смелый – трусливый; медленный – быстрый; праздничное – будничное; теплое – холодное; душевное – отчужденное; ясное – мрачное; красивая – некрасивая.

Методика рассчитана на детей как школьного, так и дошкольного возраста.

3. Проективный рисунок

Проективный рисунок может использоваться как в индивидуальной форме, так и в групповой работе. Основная задача проективного рисунка состоит в выявлении и осознании трудновербализуемых проблем, переживаний ребенка. Темы рисунков подбираются так, чтобы предоставить участникам возможность выразить графически или рисунком свои чувства и мысли. Метод позволяет работать с чувствами, которые субъект не осознает по тем или иным причинам.

В проективном рисовании используются следующие методики (классификация С. Кратохвила).

1. *Свободное рисование* (каждый рисует, что хочет). Рисунки выполняются индивидуально, а обсуждение происходит в группе. Тема или задается, или выбирается членами группы самостоятельно. На рисование выделяется 30 мин, затем рисунки вывешиваются, и начинается обсуждение. Сначала о рисунке высказываются члены группы, а потом – автор. Обсуждаются расхождения в интерпретации рисунка.

2. *Коммуникативное рисование*. Группа разбивается на пары, у каждой пары свой лист бумаги, каждая пара совместно рисует на определенную тему, при этом, как правило, вербальные контакты исключаются, они общаются с помощью образов, линий, красок. После окончания процесса рисования происходит обсуждение процесса рисования. При этом обсуждаются не художественные достоинства созданного произведения, а те мысли, чувства по поводу процесса рисования, которые возникли у членов диад, и их отношение друг к другу в процессе рисования.

3. *Совместное рисование*: несколько человек (или вся группа) молча рисуют на одном листе (например, группу, ее развитие, настроение, атмосферу в группе и т.д.). По окончании рисования обсуждается участие каждого члена группы, характер его вклада и особенности взаимодействия с другими участниками в процессе рисования.

4. *Дополнительное рисование*: рисунок посылается по кругу – один начинает рисовать, другой продолжает, что-то добавляя, и т.д.

Обсуждение членами группы авторского рисунка начинается с рассказа членов группы о том, что хотел изобразить автор рисунка, как они

понимают его замысел, что он хотел выразить, какие чувства вызывает рисунок.

Затем автор рисунка говорит о собственном замысле и о своем понимании рисунка. Особый интерес представляют расхождения в понимании и интерпретации членов группы и рисовавших, которые могут быть обусловлены наличием в рисунке как неосознаваемых автором элементов, так и проекций проблем других клиентов.

Организуя рисуночные занятия, психолог реализует следующие функции:

- эмпатическое принятие ребенка;
- создание психологической атмосферы и психологической безопасности;
- эмоциональная поддержка ребенка;
- постановка креативной задачи и обеспечение ее принятия ребенком;
- тематическое структурирование задачи;
- помощь в поиске формы выражения темы;
- отражение и вербализация чувств и переживаний ребенка, актуализируемых в процессе рисования и опредмеченных в его продукте.

Функции психолога могут быть реализованы в *директивной* и *недирективной* форме.

Директивная форма предполагает прямую постановку задачи перед ребенком в виде темы рисования; руководство поиском лучшей формы выражения темы и интерпретации значения детского рисунка.

При *недирективной форме* ребенку предоставляется свобода, как в выборе темы, так и в выборе экспрессивной формы. В то же время психолог оказывает ребенку эмоциональную поддержку, а в случае необходимости – техническую помощь в придании максимальной выразительности продукту творчества ребенка.

Специалисты выделяют следующие пять типов заданий, используемых в рисуночной практике.

Предметно-тематические задания – это рисование на заданную тему, где предметом изображения выступает человек и его отношения с предметным миром и окружающими людьми. Примером таких заданий могут быть рисунки на тему: «Моя семья», «Я дома», «Я какой я сейчас», «Я в будущем», «Мое любимое занятие», «Что я люблю», «Мой самый хороший поступок», «Мой мир» и т.д.

Образно-символические задания представляют собой изображение ребенком абстрактных понятий в виде созданных воображением ребенка образов, таких как добро, зло, счастье; изображение эмоциональных состояний и чувств: радость, гнев, удивление и т.д.

Упражнения на развитие образного восприятия, воображения, символической функции. Эти задания направлены на структурирование неоформленного множества стимульных раздражителей. В этих заданиях детям предлагается, опираясь на стимульный ряд, воссоздать, воспроизвести целостный объект и предать ему осмысленность (рисование по точкам, «волшебные» пятна, «веселые кляксы» и т.д.).

Игры и упражнения с изобразительным материалом. Этот вид работы предполагает экспериментирование с красками, карандашами, бумагой, пластилином, мелом и т.д. с целью изучения их физических свойств и экспрессивных возможностей. Эффект упражнений заключается в стимулировании потребности в изобразительной деятельности и интереса к ней, уменьшении эмоциональной напряженности, формировании чувства личной безопасности, повышении уверенности в себе, формировании интереса к исследовательской деятельности, стимулировании познавательной потребности.

Типичным для этого типа заданий является рисование пальцами, манипулирование пластилином (рисование пластилином по стеклу или пластику), экспериментирование с цветом, наложение цветowych пятен друг на друга и т.д.

Задания на совместную деятельность могут включать все указанные выше задания. Этот тип заданий направлен как на решение проблемы оптимизации общения и взаимоотношения со сверстниками, так и на оптимизацию детско-родительских отношений. Задания могут быть предложены ребенку на литературном вербальном материале, таком как сочинение сказок и историй.

Детский рисунок рассматривается в первую очередь как проекция личности ребенка, как символическое выражение его отношения к миру. В этой связи очень важно отделять в детском рисунке те его особенности, которые отражают уровень умственного развития ребенка и степень овладения им техникой рисования, с одной стороны, и особенности рисунка, отражающие личностные характеристики, – с другой.

Для правильной интерпретации значения рисунков детей необходимо учитывать следующие условия:

- уровень развития изобразительной деятельности ребенка, для чего необходимо просмотреть рисунки, выполненные ребенком ранее (дома, в детском саду, школе и т.д.);
- особенности самого процесса рисования (выбор темы сохранение ее на протяжении процесса рисования или ее трансформация; последовательность выполнения отдельных частей рисунка; спонтанные речевые вы-

сказывания; характер эмоциональных реакций; наличие пауз в процессе рисования и т.д.);

– динамику изменения рисунков на одну и ту же тему либо рисунков близкого содержания на протяжении одного коррекционного занятия или в ходе коррекционного процесса. Даже стереотипное воспроизведение ребенком одного и того же рисунка на протяжении одного или нескольких занятий становится активной ориентировкой и исследованием конфликтной аффектогенной ситуации, т.е. представляет значительный шаг вперед.

В рисунке ребенка могут преобладать различные типы изображения, отражающие не только возрастную динамику изобразительной деятельности, но и индивидуальные особенности личностного переживания ребенком своих отношений с миром на момент создания рисунка. Имеет значение также анализ активности ребенка и способов использования художественных материалов.

Е. Крамер выделяет пять способов использования ребенком художественного материала:

- *манипуляции* с целью исследования физических свойств материала;
- *деструктивное поведение*, потери ребенком контроля за своими действиями (рвет бумагу, ломает карандаши, разбрызгивает краску и т.д.);
- *стереотипное воспроизведение* одних и тех же рисунков и действий;
- *рисование* графических пиктограмм;
- *создание художественных образов*, в полной мере реализующих потребность ребенка в самовыражении и коммуникации с окружающими людьми.

Последовательность использования перечисленных художественных материалов отражает последовательность позитивного развития коррекционной работы в случае ее успешности.

К основным этапам коррекционного процесса с использованием метода проективного рисования относятся следующие.

1. Предварительный ориентировочный этап. Исследование ребенком обстановки, изобразительных материалов, изучение лимитов и ограничений в их использовании.
2. Выбор темы рисования, эмоциональное включение в процесс рисования.
3. Поиск адекватной формы выражения.
4. Развитие формы в направлении все более полного, глубокого самовыражения, ее конкретизация.
5. Разрешение конфликтно травмирующей ситуации в символической форме.

При интерпретации проективного рисунка внимание обращается на содержание, способы выражения, цвет, форму, композицию, размеры, повторяющиеся в различных рисунках одного клиента специфические особенности. В проективном рисунке находят отражение непосредственное восприятие клиентом той или иной ситуации, различные переживания, часто неосознаваемые и невербализуемые.

4. Сказкотерапия

Сказкотерапия – метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширение сознания, совершенствования взаимодействий с окружающим миром.

Тексты сказок вызывают интенсивный эмоциональный резонанс как у детей, так и у взрослых. Образы сказок обращаются одновременно к двум психическим уровням: к уровню сознания и подсознания, что дает особые возможности при коммуникации. Особенно это важно для коррекционной работы, когда необходимо в сложной эмоциональной обстановке создавать эффективную ситуацию общения.

Выделяют следующие коррекционные функции сказки: психологическую подготовку к напряженным эмоциональным ситуациям; символическое отреагирование физиологических и эмоциональных стрессов; принятие в символической форме своей физической активности.

Возможности работы со сказкой.

1. *Использование сказки как метафоры.* Текст и образы сказок вызывают свободные ассоциации, которые касаются личной жизни клиента, и затем эти метафоры и ассоциации могут быть обсуждены.

2. *Рисование по мотивам сказки.* Свободные ассоциации проявляются в рисунке, и дальше возможен анализ полученного графического материала.

3. *Обсуждение поведения и мотивов действий персонажа,* что служит поводом к обсуждению ценностей поведения человека, выявляет систему оценок человека в категориях: хорошо – плохо.

4. *Проигрывание эпизодов сказки.* Проигрывание эпизодов дает возможность ребенку или взрослому почувствовать некоторые эмоционально значимые ситуации и проиграть эмоции.

5. *Использование сказки как притчи-нравоучения.* Подсказка с помощью метафоры варианта разрешения ситуации.

6. *Творческая работа по мотивам сказки.*

Сказки разделяют на традиционные (народные) и авторские. Народные сказки также делятся на несколько групп: бытовые (например, «Лиса и журавель»); сказки-загадки (истории на сообразительность, истории хитреца); сказки-басни, проясняющие какую-нибудь ситуацию или мораль-

ную норму; притчи (истории о мудрых людях или о занимательных ситуациях); сказки о животных; мифологические сюжеты (в том числе истории про героев); волшебные сказки, сказки с превращениями («Гуси-лебеди», «Крошечка-хаврошечка» и т.д.).

Привлекательность сказок для психокоррекции и развития личности ребенка заключается в следующем.

1. Отсутствие в сказках прямых нравоучений, назиданий. События сказочной истории логичны, естественны, вытекают одно из другого, а ребенок усваивает причинно-следственные связи, существующие в мире.

2. Через образы сказки ребенок соприкасается с жизненным опытом многих поколений. В сказочных сюжетах встречаются *ситуации и проблемы*, которые переживает в своей жизни каждый человек: отделение от родителей; жизненный выбор; взаимопомощь; любовь; борьба добра со злом.

3. Отсутствие заданности в имени главного героя и месте сказочного события. Главный герой – это собирательный образ, и ребенку легче идентифицировать себя с героем сказки и стать участником сказочных событий.

4. ореол тайн и волшебства, интригующий сюжет, неожиданное превращение героев – все это позволяет слушателю активно воспринимать и усваивать информацию, содержащуюся в сказках.

Основные приемы работы со сказкой.

1. *Анализ сказок.* Цель – осознание, интерпретация того, что стоит за каждой сказочной ситуацией, конструкцией сюжета, поведением героев.

Например, для анализа выбирается известная сказка. При этом ребенку предлагается ответить на ряд вопросов: «Как вы думаете, о чем эта сказка?»; «Кто из героев больше всего понравился и почему?»; «Почему герой совершил те или иные поступки?»; «Что произошло бы с героями, если они не совершили бы тех поступков, которые описаны в сказке?»; «Что было бы, если бы в сказке были одни хорошие или плохие герои?», а также другие вопросы.

2. *Рассказывание сказок.* Прием помогает проработать такие моменты, как развитие фантазии, воображения, способности к децентрации. Процедура состоит в следующем: ребенку или группе детей предлагается рассказать сказку от первого или от третьего лица. Можно предложить ребенку рассказать сказку от имени других действующих лиц, участвующих или не участвующих в сказке.

3. *Переписывание сказок.* Переписывание и дописывание авторских и народных сказок имеет смысл тогда, когда ребенку, подростку или взрослому чем-то не нравится сюжет, некоторый поворот событий, ситуаций, конец сказки и т.д. Это – важный диагностический материал. Перепи-

сывая сказку, дописывая свой конец или вставляя необходимые ему персонажи, клиент сам выбирает наиболее соответствующий его внутреннему состоянию поворот и находит тот вариант разрешения ситуаций, который позволяет освободиться ему от внутреннего напряжения – в этом заключается психокоррекционный смысл переписывания сказки.

4. *Постановка сказок с помощью кукол.* Работая с куклой, ребенок видит, что каждое его действие немедленно отражается на поведении куклы. Это помогает ему самостоятельно корректировать свои движения и делать поведение куклы максимально выразительным. Работа с куклами позволяет совершенствоваться и проявлять через куклу те эмоции, которые обычно ребенок по каким-то причинам не может себе позволить проявить.

5. *Сочинение сказок.* В каждой волшебной сказке есть определенные закономерности развития сюжета. Главный герой появляется в доме (в семье), растет, при определенных обстоятельствах покидает дом, отправляясь в путешествия. Во время странствий он приобретает и теряет друзей, преодолевает препятствия, борется и побеждает зло и возвращается домой, достигнув цели. Таким образом, в сказках дается не просто жизнеописание героя, а в образной форме рассказывается об основных этапах становления и развития личности.

Необходимо отметить, что события сказки вызывают эмоции, герои и их отношения проецируются на повседневную жизнь, ситуация ребенку видится похожей и узнаваемой. Сказка дает возможность минимизировать эмоциональное напряжение, затруднения и внутриличностный конфликт.

13. Игровая терапия

1. Общая характеристика метода.
2. Основные виды и формы игровой терапии.

1. Общая характеристика метода

Игровая терапия – метод психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с использованием игры. В основе различных методик, описываемых этим понятием, лежит признание того, что игра оказывает сильное влияние на развитие личности.

Психокоррекционный эффект игровых занятий у детей достигается благодаря установлению положительного эмоционального контакта между детьми и взрослыми. Игра корригирует подавляемые негативные эмоции, страхи, неуверенность в себе, расширяет способности детей к общению, увеличивает диапазон доступных ребенку действий с предметами.

Отличительные признаки развертывания игры – быстро меняющиеся ситуации, в которых оказывается объект после действий с ним, и столь же

быстрое приспособление действий к новой ситуации. Структуру детской игры составляют роли, взятые на себя играющими; игровые действия как средство реализации этих ролей; игровое употребление предметов – замещение реальных предметов игровыми (условными); реальные отношения между играющими.

Единица игры и в то же время центральный момент, объединяющий все ее аспекты, – *роль*. *Сюжетом игры* предстает воспроизводимая в ней область действительности. *Содержанием игры* выступает то, что воспроизводится детьми как главный момент деятельности и отношений между взрослыми в их взрослой жизни. В игре происходят формирование произвольного поведения ребенка и его социализация.

Игровая терапия представляет собой взаимодействие взрослого с ребенком на собственных условиях последнего, когда ему предоставляется возможность свободного самовыражения с одновременным принятием его чувств взрослыми. Общими показаниями к проведению игровой терапии являются социальный инфантилизм, замкнутость, необщительность, фобические реакции, сверхконформность и сверхпослушание, нарушения поведения и вредные привычки, неадекватная полоролевая идентификация у мальчиков. Игровая терапия оказалась эффективной при работе с детьми разной диагностической категории, кроме полного аутизма и неконтактной шизофрении. Игротерапия эффективна как помощь при выдергивании волос; коррекций селективного мутизма; агрессивности в поведении; как средство улучшения эмоционального состояния детей после развода родителей: подвергающихся насилию и брошенных детей; снижения страхов; стресса и тревожности у госпитализированных детей; при коррекции затруднений в чтении; успеваемости детей с затруднениями в обучении; отставания в речевом развитии; интеллектуального и эмоционального развития умственно отсталых детей; лечения заикания; облегчения состояния при психосоматических заболеваниях (бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, дискинезии желчевыводящих путей и др.); улучшения «Я-концепции»; снижения тревоги при расставании с близкими и пр.

К основным функциям психолога, ведущего игровые занятия относятся следующие.

1. Создание атмосферы принятия ребенка.
2. Эмоциональное сопереживание ребенку.
3. Отражение и вербализация его чувств и переживаний в максимально точной и понятной ребенку форме.
4. Обеспечение в процессе игровых занятий условия, актуализирующих переживания ребенком чувства достижения собственного достоинства и самоуважения.

Основными принципами осуществления игротерапии являются:

1) коммуникация с ребенком и его безусловное принятие (дружеские равноправные отношения с ребенком, принятие ребенка таким, какой он есть, ребенок хозяин положения, он определяет сюжет, тему игровых занятий, на его стороне инициатива выбора и принятия решения),

2) недирективность в управлении коррекционным процессом: отказ игротерапевта от попыток ускорить или замедлить игровой процесс; минимальность числа ограничений и лимитов, вводимых игротерапевтом в игру (вводятся лишь те ограничения, которые связывают игру с реальной жизнью).

3) установление фокуса коррекционного процесса на чувствах и переживаниях ребенка: добиться открытого вербального выражения ребенком своих чувств; попытаться в кратчайшее время понять чувства ребенка и повернуть его исследование на самого себя; стать для ребенка своеобразным зеркалом, в котором он может увидеть себя.

2. Основные виды и формы игровой терапии

В зависимости от того, какой критерий положен в основание классификации, различают следующие виды игровой терапии.

Если в качестве критерия выдвинут *теоретический подход*, то можно выделить игротерапию в психоанализе; игротерапию, центрированную на клиенте, игротерапию построения отношений; примитивную игротерапию; игротерапию в отечественной психологической практике.

По функциям взрослого в игре различают недирективную и директивную игротерапию. *По форме* организации деятельности различают индивидуальную и групповую игротерапию. *По структуре* используемого в игротерапии материала – игротерапию с неструктурированным материалом и со структурированным материалом.

К структурированным играм относятся игры в семью (людей и животных), агрессивные, с марионетками (кукольный театр), строительные, выражающие конструктивные и деструктивные намерения.

Структурированный материал провоцирует выражение агрессии (огнестрельное, холодное оружие), прямое выражение желаний (человеческие фигуры), а также коммуникативных действий (игры в телефон, телеграф, поезда, машины). Предполагается, что возраст детей от 4 до 12 лет является оптимальным для применения этого метода.

К неструктурированным играм относятся двигательные игры и упражнения (прыганье, лазание), игры с водой, песком, глиной, группа игр, принадлежащих к фонду арт-терапии (рисование пальцами, кистью, пастелью, цветными карандашами).

К неструктурированному материалу относятся вода, песок, глина, пластилин, с его помощью ребенок может косвенно выражать свои жела-

ния. Этот материал способствует также развитию сублимации. В частности, занятия с неструктурированным материалом особенно важны на ранних фазах игротерапии, когда чувства ребенка еще не выделены и не осознаны им. В частности, игры с водой, красками, глиной дают возможность выразить свои чувства в ненаправленной форме и испытать чувство достижения.

Дальнейшая динамика смены игр в процессе игротерапии подводит ребенка к структурированным играм, открывающим пути для выражения чувств и переживаний ребенка, в том числе агрессивных, в прямой директивной форме социально приемлемыми способами.

А.И. Захаров предлагает определенную последовательность коррекционных методик игротерапии: 1) беседа; 2) спонтанная игра; 3) направленная игра; 4) внушение.

В организации коррекционного процесса А.И. Захаров выделяет диагностическую, терапевтическую и обучающую *функции* игры. Все три связаны между собой и реализуются как в начальном этапе, в спонтанной игре, так и в направленной игре, которая обычно представляет собой импровизацию какого-либо сюжета.

1. *Диагностическая функция* заключается в уточнении психопатологии, особенностей характера ребенка и взаимоотношений с окружающими. Наблюдение за игрой позволяет получить дополнительную информацию. В игре ребенок на сенсомоторном уровне демонстрирует то, что он когда-либо испытал. Иногда такая связь совершенно очевидна, но иногда она может быть отдаленной.

Дети более полно и непосредственно выражают себя в спонтанной, инициированной ими самими игре, нежели в словах. А требовать от ребенка, чтобы он рассказывал о себе, значит – автоматически воздвигать барьер в терапевтических отношениях, как бы говоря ребенку: «Ты должен подняться на мой уровень общения и использовать для этого слова».

2. *Терапевтическая функция* игры состоит в предоставлении ребенку эмоционального и моторного самовыражения, отреагирования напряжения, страхов и фантазий. Игра придает конкретную форму и выражение внутреннему миру, дает возможность организовать свой опыт. Для ребенка важен *процесс* игры, а не ее результат. Он разыгрывает прошлые переживания, растворяя их в новом восприятии и в новых формах поведения. Аналогичным образом он пытается разрешить свои проблемы и внутренние конфликты, проиграть свое затруднение или смущение.

Результаты обследований показывают, что в процессе игры укрепляются и развиваются психические процессы, повышается фрустрационная толерантность и создаются адекватные формы психического реагирования.

3. *Обучающая функция игры* состоит в перестройке отношений, расширении диапазона общения и жизненного кругозора, реадaptации и социализации.

А.И. Захаров выделяет ряд правил, соблюдение которых является необходимым в игротерапии:

- игра применяется как средство диагностики, коррекции и обучения;
- выбор игровых тем отражает их значимость для психолога и интерес для клиента;
- руководство игрой способствует развитию самостоятельной инициативы детей;
- спонтанные и направленные игры – две взаимодополняющие фазы единого игрового процесса, в котором главное – возможность импровизации;
- соотношение спонтанного и направленного компонентов зависит не столько от возраста детей, сколько от их клинических особенностей;
- игра не комментируется взрослым;
- направленное воздействие на клиента осуществляется посредством характеров, воспроизводимых им и психологом персонажей.

Процесс игровой психотерапии, по А.И. Захарову, складывается из четырех взаимно перекрывающихся этапов: *объединения детей в группу, рассказов, игры, обсуждений.*

1. *Объединение детей в группу* начинается совместной и интересной для них деятельностью, например, предметных игр, рассказов.
2. *Рассказы* сочиняются дома и по очереди рассказываются в группе.
3. *Игра* проводится на тему, предлагаемую детьми и терапевтом. В играх последовательно воспроизводятся рассказы, сказки, условные и реальные ситуации. Игры на данном этапе в отличие от этапа объединения требуют включения психолога и высокой активности играющих.
4. *Обсуждение* – заключительный этап игровой психотерапии.

При наборе группы руководствуются следующим: группа должна состоять из детей с разными нарушениями; детей следует помещать в такую группу, где они не получают дополнительную психическую травму; члены группы не должны быть знакомы до начала игротерапии; разница в возрасте не должна превышать 1 года. В таких группах могут участвовать дети в возрасте от 5 до 12 лет.

Численность детей в группе по А.И. Захарову составляет: в возрасте 3–5 лет – 4 человека.

Цели групповой игротерапии следует определять как терапевтические в широком смысле, а не индивидуализированные перспективные цели

для каждого ребенка в целом. В противном случае игротерапевт неизбежно незаметно или открыто подталкивает ребенка в направлении цели, связанной с определенной проблемой, ограничивая, таким образом, возможности ребенка по управлению собственной деятельностью.

14. Методы поведенческой коррекции

1. Методы коррекции поведения: показания для проведения и процедуры.
2. Метод систематической десенсибилизации и сенсibilизации.

1. Методы коррекции поведения: показания для проведения и процедуры

Методы коррекции поведения разрабатывались в рамках поведенческого подхода в форме поведенческой терапии, или практики «модификации поведения». *Поведенческая терапия* – это терапия, использующая принципы и модели теории научения и науки о поведении (бихевиоризма) при определении целей и процедур психотерапии, а также при объективной оценке ее результатов. Теоретические основы поведенческой терапии были разработаны еще в первой половине XX в. в трудах И.П. Павлова, Д. Уотсона, К. Халла, Э. Торндайка, Б. Скиннера. Однако переход от исследовательской работы с экспериментальными животными к реальной практике коррекции поведения человека произошел в конце 50-х гг. XX столетия и был инициирован Д. Вольпе, который разработал метод систематической десенсибилизации.

Выделяют три этапа в развитии поведенческой терапии. Первый этап связан с доминированием необихевиористского подхода, в котором фокус коррекционных усилий сосредоточен на внешнем поведении, а ведущие техники основываются на моделях классического и оперантного обусловливания. Второй этап связан с включением в концептуальную модель поведения внутренних детерминант – когнитивных процессов. Здесь возникает и интенсивно развивается когнитивно-бихевиоральное направление. Третий этап определяется развитием теории социального научения А. Бандуры и Д. Роттера, подчеркивающих важность процессов саморегуляции в осуществлении поведения и научении и значение подражания социальным культурным паттернам поведения.

Оценивая траекторию развития поведенческой терапии, следует отметить две ярко выраженные тенденции. Первая тенденция заключается в попытках объединить, интегрировать тот положительный опыт коррекционной и терапевтической работы, который был накоплен в психологии.

Происходит постепенный отход от жесткой парадигмы поведения как предмета науки и практики к все большей «открытости». В сферу научных и практических интересов представителей поведенческого подхода все шире включаются внутренние психические процессы – когнитивные процессы, саморегуляция, мотивы и ценности. Проявилась тенденция смыкания поведенческой терапии с психоаналитическим подходом и некоторыми другими терапевтическими практиками как в форме прямого заимствования принципов и техник, так и в форме попытки перевести традиционные, психоаналитические процедуры в термины теории научения. Второй, все более очевидной тенденцией является возросший учет активности субъекта поведения и осознание необходимости окончательного отказа от схемы «стимул – реакция», воплощенной в модели классического обусловливания, в пользу более сложной модели, включающей активность субъекта как ключевое звено поведения, находящей отражение в концепции самоэффективности личности А. Бандуры.

Показаниями для проведения поведенческой коррекции являются повышенная тревожность, фобии, реакция избегания, расстройства эмоционально-волевой сферы и др. Основными методами коррекции поведения являются методы систематической десенсибилизации, поведенческого тренинга, наводнения вызывающими тревогу стимулами, моделирование ситуации, позитивное подкрепление и пр. Перечисленные методы показаны для применения в следующих случаях.

1. При возникновении повышенной тревожности в ситуациях, где объективная опасность или угроза физической и личностной безопасности человека отсутствует. Тревожность характеризуется высокой интенсивностью и продолжительностью, тяжелыми аффективными переживаниями и субъективными страданиями.

2. При возникновении психофизиологических и психосоматических расстройств вследствие высокой тревожности (мигреней, головной боли, дерматозов, желудочно-кишечных расстройств и т.д.). В этих случаях, составляющих пограничную для детской и клинической психологии область, необходима комплексная помощь ребенку, включая медицинскую, психологическую и психотерапевтическую помощь.

3. При дезорганизации и распаде сложных форм поведения вследствие высокой тревожности и страхов. Например, «провал» на утреннике в детском саду малыша, выучившего стихотворение, но не сумевшего его продекламировать в нужный момент. В тяжелых случаях, ситуативные «срывы» в поведении ребенка могут перейти в хронические и приобрести форму «выученной беспомощности». Здесь до начала использования метода систематической десенсибилизации необходимо снять или уменьшить

воздействие стрессора, дав ребенку отдых и оградив его от повторения проблемных ситуаций, вызывающих страх и тревогу.

4. При возникновении реакций избегания, когда ребенок, стремясь избежать тяжелых аффективных переживаний, связанных с тревожностью и страхами, предпочитает избегать любых травмирующих стимулов и ситуаций. В этих случаях избегание представляет собой защитную реакцию на стрессор.

5. При замещении реакций избегания дезадаптивными формами поведения.

2. Метод систематической десенсибилизации и сенсibilизации

Метод систематической десенсибилизации был разработан в конце 50-х гг. Д. Вольпе для преодоления состояний повышенной тревожности и фобических реакций.

На основе данных, полученных в экспериментах с животными, Д. Вольпе показал, что происхождение и угасание невротической тревожности, подавляющей адаптивное поведение, могут быть объяснены с позиций теории классического обусловливания. Возникновение неадекватной тревожности и фобических реакций, по мнению Д. Вольпе, основано на механизме условно-рефлекторной связи, а угасание тревожности – на механизме контробоусловливания в соответствии с принципом реципрокного подавления. Суть этого принципа состоит в том, что если реакцию, противоположную тревожности, можно будет вызвать в присутствии стимулов, обычно вызывающих тревожность, то это приведет к полному или частичному подавлению реакций тревожности. Д. Вольпе реализовал идею сверхобусловливания в работе с клиентами, испытывающими страхи и фобии, сочетая состояния глубокой релаксации клиента с предъявлением ему стимулов, в обычной ситуации вызывающих страхи.

Метод систематической десенсибилизации – это метод систематического постепенного уменьшения чувствительности человека к предметам, событиям или людям, вызывающим тревожность. Снижение чувствительности приводит к последовательному систематическому уменьшению уровня тревожности по отношению к этим объектам.

Классическая процедура систематической десенсибилизации осуществляется в три этапа:

- 1) тренировка умения клиента переходить в состояние глубокой релаксации;
- 2) конструирование иерархии стимулов, вызывающих тревожность;
- 3) этап собственно десенсибилизации.

Первый – подготовительный – этап ставит задачу научить клиента способам регуляции состояний напряженности и релаксации, покоя. Здесь

могут быть использованы различные методы: аутогенная тренировка, косвенное и прямое внушение, а в исключительных случаях – гипнотическое воздействие. При работе с детьми наиболее часто используются методы косвенного и прямого вербального внушения. Использование игр и игровых упражнений позволяет значительно увеличить возможности эффективного воздействия на ребенка с целью вызвать у него состояние покоя и релаксации. Это и выбор сюжета игры, и распределение ролей, и введение правил, регулирующих переход от активности к релаксации. Использование игровой формы позволяет также в специальных упражнениях организовать овладение отдельными элементами аутогенной тренировки даже детьми дошкольного возраста.

Задача второго этапа состоит в конструировании иерархии стимулов, ранжированных в соответствии с возрастанием степени тревожности, которую они вызывают. Конструирование такой иерархии осуществляется психологом на основании беседы с родителями ребенка, позволяющей выявить объекты и ситуации, вызывающие тревожность и страхи у ребенка, данных психологического обследования ребенка, а также наблюдения за его поведением. Различают два типа иерархий в зависимости от того, как в них представлены элементы – стимулы, вызывающие тревожность: иерархия пространственно-временного и иерархия тематического типа. В иерархии пространственно-временного типа варьируется один и тот же стимул в зависимости от интенсивности вызываемой тревожности. Таким стимулом может быть предмет, человек или ситуация. Например, объект или человек (доктор, Баба-Яга, собака, темнота) и ситуация (расставание с матерью, выступление на утреннике и т.д.) представлены в различных временных и пространственных измерениях, в силу чего вызывают тревожность разной интенсивности. Временное измерение характеризует отдаленность события во времени и постепенное приближение времени наступления события. Пространственное измерение – уменьшение расстояния и приближение события или объекта, вызывающих страх. Иначе говоря, при конструировании иерархии пространственно-временного типа создается модель постепенного приближения ребенка к вызывающему страх событию или предмету. В иерархии тематического типа стимул, вызывающий тревожность, варьируется по физическим свойствам и предметному значению. В результате конструируется последовательность различных предметов или событий, прогрессивно увеличивающих тревожность, связанных одной проблемной ситуацией, одной темой. Таким образом, создается модель достаточно широкого круга ситуаций, объединенных общностью переживания ребенком тревожности и страха при столкновении с ними. Иерархии тематического типа способствуют обобщению умения ребенка подавлять

излишнюю тревожность при встрече с достаточно широким кругом ситуаций.

На третьем этапе – собственно десенсибилизации – организуется последовательное предъявление клиенту, находящемуся в состоянии релаксации, стимулов из ранее сконструированной иерархии, начиная с низшего элемента, практически не вызывающего тревожности, и переходя к стимулам, постепенно увеличивающим тревожность. При возникновении даже незначительной тревожности предъявление стимулов прекращается, клиент снова погружается в состояние релаксации, и ему предъявляется ослабленная версия того же стимула.

Предъявление последовательности элементов иерархии продолжается до тех пор, пока состояние покоя и релаксации не будет сохраняться у клиента даже при предъявлении высшего элемента иерархии. При работе с детьми оперирование образами и представлениями в воображении оказывается весьма затруднительным, поэтому метод систематической десенсибилизации используется «in vivo», т.е. стимулы, вызывающие тревожность, предъявляются ребенку в форме реальных физических объектов и ситуаций. Оптимальной формой подобного предъявления стимулов детям дошкольного и младшего школьного возраста является игра. В игре обеспечивается необходимая визуализация «пугающих» страшных объектов и ситуаций и вместе с тем сохраняется свобода и произвольность ребенка в отношении этих объектов и ситуаций, поскольку они реализуются в воображаемой, «мнимой» ситуации, полностью подвластны ребенку и не представляют ни малейшей реальной угрозы. Игра создает возможность сохранения положительного эмоционального настроения и, соответственно, релаксации за счет переживания удовольствия от самой игры, которая может быть сохранена ребенком даже при встрече с ситуациями, вызывающими страх и тревожность.

В детском возрасте тревожность и страхи перед определенными ситуациями и объектами могут быть обусловлены отсутствием у ребенка адекватных способов поведения в этих ситуациях. В таких случаях метод систематической десенсибилизации дополняется техниками научения, разработанными в рамках теории социального научения (А. Бандура), – техникой моделирования социально-желаемых образцов поведения и техникой социального подкрепления. Благодаря наблюдению моделей адекватного поведения взрослого или сверстника в ситуации, вызывающей страхи у ребенка, и организации социального подкрепления попыток подражать поведению модели, удастся не только преодолеть фобии и излишнюю необоснованную тревожность, но и расширить поведенческий репертуар ребенка, повысить его социальную компетентность. Предусматривается определенная последовательность включения ребенка в трудную для него

ситуацию. Сначала ребенок только наблюдает за поведением взрослого или сверстника, Не обнаруживающих ни малейших признаков страха и испуга. Затем сам включается в совместную деятельность со взрослым или сверстником, в которой постоянно подкрепляются все его даже незначительные достижения и, наконец, пытается самостоятельно имитировать модель «бесстрашного» поведения при эмоциональной поддержке психолога и сверстников – участников группы.

Принцип систематической десенсибилизации находит также выражение в постепенном переходе от одного вида деятельности к другому так, чтобы обеспечить последовательное приближение ребенка от воображаемой «пугающей» ситуации к реальной ситуации, вызывающей тревожность. Например, достаточно хорошо оправдывает себя такая последовательность коррекционной работы: сочинение сказок и историй о бесстрашном герое, преодолевающим все трудности и испытания, затем тематическое рисование, игра-драматизация, разыгрывание сначала условных, а затем и реальных ситуаций, моделирующих адекватное поведение в ситуациях, прежде вызывавших страх у ребенка.

Необходимо отметить, что метод систематической десенсибилизации при работе с детьми применяется не очень часто, сам принцип систематической десенсибилизации и важнейшие элементы этого метода органически включены в психокоррекционную работу с детьми – и в метод игровой коррекции, и в арттерапию, – занимая достойное место в арсенале средств оказания психологической помощи в развитии детей.

Метод поведенческого тренинга

Метод поведенческого тренинга направлен на обучение ребенка адекватным формам поведения в проблемных ситуациях. В случае поведенческого тренинга целью коррекции становится приобретение нового адаптивного поведения, отсутствующего в поведенческом репертуаре клиента. Одной из известных модификаций поведенческого тренинга является оперантное научение.

Теория *оперантного научения*, разработанная Б.Скиннером, основывается на механизме оперантного обусловливания, суть которого состоит в выработке нового поведения через модификацию уже усвоенных ранее поведенческих реакций путем манипулирования положительным и отрицательным подкреплениями.

В завершенном и операционализированном виде принцип оперантного научения представлен в *методе «жетонов»*. «Жетонные программы», получившие благодаря Б. Скиннеру широкое распространение в США, следует рассматривать как кульминацию внедрения идей теории оперантного научения в практику коррекционной и психотерапевтической работы. Цель коррекции в «жетонных программах» определяется как из-

менение поведения индивида в соответствии с предписанной ему обществом ролью. «Жетонная экономика» представляет собой такую форму внешней организации поведения индивида, в которой в жестко контролируемой среде индивид получает деньги, материальные блага и привилегии в обмен на «жетоны», которыми он вознаграждается за выполнение социально желательного поведения.

Метод «жетонов» включает в себя пять основных компонентов:

1) систематическое наблюдение за поведением детей, нуждающихся в коррекции поведения;

2) презентация детям образца социально желаемого поведения, описание его и сопоставление с альтернативным образцом асоциального поведения, т.е. предъявление детям в сравнении двух образцов поведения — «положительного», которому нужно подражать, и «отрицательного», которого следует избегать;

3) определение форм эффективного положительного и отрицательного подкрепления для участников коррекционной программы. Например, положительным подкреплением могут стать различные предметы для поощрения – значок, игрушка, конфета, а отрицательным – запрет играть в любимые игры, запрещение просмотра телевизионной передачи, лишение сладкого, прогулки и т.д.;

4) введение «жетонов» как символического подтверждения права ребенка на получение поощрения (положительного подкрепления) или наказания (отрицательного подкрепления), а также правил действия «жетонов», т.е. правил обмена «жетонов» на привилегии или, напротив, правил введения «наказаний» для ребенка;

5) систематический контроль поведения ребенка, оценка поведения, выдача «жетонов» и, наконец, осуществление обмена «жетонов» на оговоренные ранее виды поощрений и наказаний.

Психологический механизм коррекционного воздействия авторы видят в систематическом контроле и немедленном подкреплении (положительном или отрицательном) поведения ребенка (Б.Скиннер).

15. Психогимнастика

1. Психогимнастика как метод реконструктивной коррекции.
2. Структура психогимнастического занятия.

1. Психогимнастика как метод реконструктивной коррекции

Психогимнастика – это курс специальных занятий (этюдов, упражнений и игр), направленных на развитие и коррекцию различных сторон

психики ребенка (как ее познавательной, так и эмоционально-личностной сферы). Психогимнастика примыкает к психолого-педагогическим и психокоррекционным методикам, общей задачей которых является сохранение психического здоровья и предупреждение эмоциональных расстройств у детей.

На занятиях психогимнастикой дети обучаются азбуке выражения эмоций – выразительным движениям. В этом психогимнастика сближается с большой группой методик, использующих язык тела в коррекции нарушений общения у детей. В психогимнастике придается большое значение общению детей со сверстниками, что очень важно для нормального развития и эмоционального здоровья детей. Имеются десятки причин, вызывающих нарушения общения. Нарушения взаимоотношений могут быть, в частности, следствием двигательной расторможенности, а также неумения словесно общаться.

Психогимнастика – метод, при котором участники проявляют себя и общаются без помощи слов. Это эффективное средство оптимизации социально-перцептивной сферы личности, так как позволяет обратить внимание на «язык тела» и пространственно-временные характеристики общения.

Термин «психогимнастика» может иметь широкое и узкое значение. Психогимнастика *в узком значении* понимается как игры, этюды, в основе которых лежит использование двигательной экспрессии в качестве главного средства коммуникации в группе. Такого рода психогимнастика направлена на решение задач групповой психокоррекции: установление контакта, снятие напряжения, отработку обратных связей и т.д.

В широком смысле психогимнастика – это курс специальных занятий, направленных на развитие и коррекцию различных сторон психики человека как познавательной, так и эмоционально-личностной сферы.

Психогимнастика как невербальный метод групповой работы предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движений, мимики, пантомимики; позволяет клиентам проявлять себя и общаться без помощи слов. Это метод реконструктивной психокоррекции, цель которого – познание и изменение личности клиента.

2. Структура психогимнастического занятия

Психогимнастика включает в себя три части, характеризующиеся самостоятельными задачами и собственными методическими приемами: подготовительную, пантомимическую, заключительную.

Задачами подготовительной части психогимнастического занятия являются: снижение напряжения участников группы; снятие страхов и запретов; развитие внимания; развитие чувствительности к собственной двигательной активности, активности других; сокращение эмоциональной ди-

станции между участниками группы; формирование способности выражать свои чувства, эмоциональные состояния, проблемы без слов и понимать невербальное поведение других.

В начале работы группы подготовительной части может отводиться больше половины времени всего занятия, а иногда и все занятие, поскольку напряжение, тревога, скованность, страх перед неформальными контактами в непривычной ситуации усиливаются и необходимы упражнения, направленные на преодоление именно этих явлений.

Пантомимическая часть в психогимнастике является наиболее важной и в зрелой психокоррекционной группе занимает большую часть времени. Выбирают темы, которые клиенты представляют без помощи слов. Темы могут предлагаться как психологом, так и самим клиентом. Содержание тем для пантомимы не ограничено и могут быть ориентированы на проблемы отдельного клиента, на проблемы всех членов группы и группы в целом, т.е. касаться межличностного взаимодействия.

В пантомимической части используются темы «Моя семья», «Моя группа», «Сказка» и пр.

Заключительная часть психогимнастики должна способствовать снятию напряжения, которое могло возникнуть в связи со значимостью пантомимы, сильных эмоций, сопровождавших эту часть занятий, повышению сплоченности группы, росту доверия и уверенности. Здесь используются упражнения из подготовительной части, главным образом те, которые помогают пережить чувство общности.

М.И. Чистякова предложила психогимнастическую методику, ориентированную на детей младшего возраста. Методика представляет собой курс из 20 занятий длительностью около трех месяцев с частотой встреч 2 занятия в неделю. Занятие длится от 25 мин до 1 ч 30 мин в зависимости от возраста ребенка, свойств внимания и его поведения. Занятия строятся по определенной схеме и состоят из четырех звеньев или фаз.

Мимические и пантомимические этюды.

Цель – выразительное изображение отдельных эмоциональных состояний, связанных с переживаниями телесного и психического довольства и недовольства. Модель выражения основных эмоций и некоторых социально окрашенных чувств. Дети знакомятся с элементами выразительных движений: мимикой, жестом, позой, походкой.

Игры, направленные на выражение отдельных свойств личности и эмоций.

Цель – 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.

Игры, имеющие направленность на определенного ребенка или группу в целом.

Цель – коррекция настроения, отдельных черт характера ребенка, тренинг моделированных стандартных ситуаций.

Фаза психомышечной тренировки.

Цель – снятие эмоционального напряжения, внушение желательного настроения и поведения.

Между *первой* и *второй* фазами делается перерыв на несколько минут, во время которого дети предоставляются сами себе. В пределах зала, где проходит психогимнастика, они могут делать все, что хотят. Ведущий не вмешивается в их общение. Необходимо договориться о сигнале, сообщающем о возобновлении занятия. Сигнал может быть любым (звонок, колокольчик, свисток, включение лампочки и т.д.), но он должен быть обязательно постоянным.

Между *третьей* и *четвертой* фазами предлагается включать упражнения на развитие внимания, памяти, сопротивление автоматизму или подвижную игру.

По мнению М.И. Чистяковой, не имеет смысла составлять группы только по какому-то одному признаку: боязливые, амимичные, дети с неустойчивым вниманием и т.д. Необходимо следить за тем, чтобы в группе было не более одного гиперактивного, аутичного или склонного к истерическим реакциям ребенка. Дети с раздражительностью, страхами, тиками, навязчивостями, заиканием, истощаемостью могут заниматься вместе. Однако детей с нормальным интеллектом и детей, страдающих пограничной умственной отсталостью, необходимо развести по разным группам, так как вторые должны заниматься вдвое дольше: используется время двух курсов психогимнастики. Психогимнастику могут проходить и дети с задержкой психического развития, и дети с интеллектуальной недостаточностью. Однако они должны заниматься отдельно.

Необходимо отметить, что особое значение М. И. Чистякова придает положительным эмоциям. Поэтому все игры и упражнения на вызывание выражения эмоций должны обязательно включать эмоции радости, которые являются заключительными для каждой игры. Полностью занятие заканчивается обучением детей саморегуляции и их успокоением.

СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Занятие 1. Диагностика и коррекция как виды психологической помощи и психологического сопровождения

Вопросы темы:

1. Виды диагностики: скрининговая, углубленная, динамическая и итоговая.
2. Принципы проведения психодиагностического обследования.
3. Этапы психодиагностического обследования. Место психодиагностики в психолого-педагогическом сопровождении детей с нарушениями развития.

Ключевые понятия темы:

Диагностика скрининговая, углубленная, динамическая и итоговая, психологический диагноз, вероятностный прогноз развития, рекомендации, психолого-педагогическое сопровождение.

Практические задания:

1. Дайте определение основных видов диагностики (скрининговая, углубленная, динамическая и итоговая), сформулируйте их основную цель и область применения.

2. Изучите предложенные ниже практические запросы. Сформулируйте психологическую проблему и выдвиньте гипотезы о причинах наблюдаемых явлений.

а) У меня двое детей 3 года и 1 год и 6 месяцев. Младшая сама не хочет кушать. Кормлю с ложки. Старшую часто тоже кормлю с ложки. Часто в последнее время бывает, что они не хотят кушать. Приходится старшую уговаривать, младшую развлекать, лишь бы поела. То рисовать, то книжку разглядывать, а бывает под мультики. Три раза в день заставляю их кушать уже надоело и раздражает очень. Знаю, что-то неправильно делаю, но что не пойму. Если не покормлю, то будет капризничать. Или попросит хлеб и пожует его. А ночью будет висеть на груди. Днем грудь не даю. Только перед сном. Как их научить кушать самостоятельно?

б) Добрый день! Сын 4,8 и дочка 2,9 начали ходить в сад в одну группу (там дети от 3 до 6 лет). Третья неделя в саду, начали с 2 часов, сейчас забираю в 12.30 перед сном. Воспитатель каждый раз сравнивает моих детей, говорит все в духе "дочка молодец, а сын не молодец", "закомплексованный", "не ест и не пьет", в туалет ходить отказывается. Все это говорит при ребенке. Как деликатно объяснить воспитателю, что дети разные, что при детях нельзя так говорить? Сын у меня чувствительный. После этого сказал дома "выброси меня, я плохой". Воспитатель лучший в саду, с большим опытом, а не знает элементарных пра-

вил. Не буду же я ее учить, а то потом к детям будет плохо относиться. Как помочь сыну в адаптации в саду?

Литература:

1. Коломинский, Я.Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я.Л. Коломинский, Е.А. Панько, С.А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
2. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова [и др.]; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М. : Просвещение, 2002. – 321 с.
3. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. Хрестоматия. – СПб. : Питер, 2001. – 336 с.
4. Майчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Майчук. – СПб : Речь, 2001.
5. Осипова, А.А. Общая психокоррекция : учеб. пособие для студентов вузов / А.А. Осипова. – М. : ТЦ «Сфера», 2000.
6. Шевандрин, Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности / Н.И. Шевандрин. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998.

Занятие 2. Диагностика и коррекция в системе психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями развития

Вопросы темы:

1. Психолого-педагогический консилиум (ПМПк) образовательного учреждения: состав, задачи, организация и содержание деятельности, документация.
2. Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК).

Ключевые понятия темы:

Психолого-педагогическая диагностика, психокоррекционные мероприятия, психопрофилактические мероприятия, психолого-педагогическое консультирование, психолого-педагогический консилиум (ПМПк), психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК).

Практические задания:

1. Изучите Кодекс об образовании РБ (гл. 15 Специальное образование). Выделите основные идеи, касающиеся обучения детей с особенностями развития.

2. На основе изучения лекционного и теоретического материала опишите основные этапы проведения психолого-педагогического консилиума и психолого-медико-педагогической комиссии.

Литература:

1. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
2. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.
3. Статья 15. Получение основного и дополнительного образования лицами с особенностями психофизического развития // Кодекс Республики Беларусь об образовании [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://kodeksy.by/kodeks-ob-obrazovanii/statya-15>
4. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 312 с.
5. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова [и др.]; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Просвещение, 2002. – 321 с.

Занятие 3. Психическое развитие и его основные характеристики

Вопросы темы:

1. Понятие психического развития. Закономерности психического развития.
2. Норма психического развития, социально-психологический норматив.

Ключевые понятия темы:

Психическое развитие, основные характеристики психического развития (закономерность, необратимость, универсальность и др.), наследственность, окружающая среда, собственная активность, норма психического развития, социально-психологический норматив.

Практические задания:

1. Перечислите и дайте определение основных закономерностей психического развития.

2. Согласно социально-психологическому нормативу выделяются определенные показатели психического развития детей. Сформулируйте их для:

- а) ребенка от 0 до года по таким направлениям, как сенсорное развитие, общая моторика, эмоциональное и социальное развитие;
- б) ребенка 1-2 лет по таким направлениям, как общая и тонкая моторика, эмоциональное и социальное развитие, игровая деятельность, навыки самообслуживания, речевое развитие, когнитивное развитие;
- в) ребенка 2-3 лет по таким направлениям, как общая и тонкая моторика, эмоциональное и социальное развитие, игровая деятельность, навыки самообслуживания, речевое развитие, когнитивное развитие.

Литература:

1. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
2. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.
3. Семаго, Н. Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб. : Речь, 2006 – 384 с.

Занятие 4. Отклоняющееся психическое развитие

Вопросы темы:

1. Понятие отклоняющегося развития.
2. Различные классификации (патопсихология, дефектология, нейропсихология и др. смежные дисциплины).
3. Причины отклоняющегося развития.

Ключевые понятия темы:

Отклоняющееся психическое развитие; сохранные, отсутствующие, недоразвитые, нарушенные, поврежденные функции психического развития; первичный, вторичный и третичный дефект; депривация сенсорная, когнитивная, эмоциональная, социальная.

Практические задания:

1. Охарактеризуйте виды отклоняющегося развития.

2. Дайте определение понятиям первичный, вторичный и третичный дефект. Графически представьте их соотношение.

Литература:

1. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова.– Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.

2. Дети с нарушениями в развитии. Хрестоматия / сост. Б. М. Астапов – М. : Педагогика, 1995. – 308 с.

3. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.

4. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова [и др].; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Просвещение, 2002. – 321 с.

5. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие / А.В. Семенович. – М. : Академия, 2002. – 232 с.

Занятие 5. Психическое недоразвитие: дети с интеллектуальной недостаточностью. Задержанное психическое развитие

Вопросы темы:

1. Психическое недоразвитие.
2. Задержанное психическое развитие (ЗПР).

Ключевые понятия темы:

Психическое недоразвитие, умственная отсталость, интеллектуальная недостаточность, олигофрения, задержанное психическое развитие, органический и интеллектуальный инфантилизм.

Практические задания:

1. Изобразите с помощью кругов Эйлера отношения между следующими понятиями:

- а) нормальное психическое развитие, психическое недоразвитие, задержанное психическое развитие.
- б) олигофрения, умственная отсталость, задержанное психическое развитие.

Предложите абстрактное графическое изображение каждого понятия.

2. На основе теоретического материала выделите основные критерии, по которым различаются умственная отсталость и задержанное психическое развитие (ЗПР). Отрадите в таблице основные отличия.

Критерии сравнения	Умственная отсталость	ЗПР

3. Заполните таблицу «Психологическая характеристика детей с интеллектуальной недостаточностью разной степени тяжести»

Степень тяжести	Поведение	Навыки самообслуживания, поведение в быту	Развитие психических процессов	Возможности специального обучения	Возможности профориентации

Литература:

1. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова.– Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.

2. Дети с нарушениями в развитии. Хрестоматия / сост. Б. М. Астапов – М. : Педагогика, 1995. – 308 с.

3. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.

4. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.

5. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова [и др].; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Просвещение, 2002. – 321 с.

6. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие / А.В. Семенович. – М. : Академия, 2002. – 232 с.

7. Слепович, Е.С. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: метод. рекомендации / Е.С. Слепович, А. М. Поляков. – Минск : Детский фонд ООН, 2005. – 96 с.

8. Шпек, О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание / О. Шпек ; пер. с нем. А.П. Голубева; науч. ред. русск. текста Н.М. Назарова. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 432 с.

Занятие 6. Поврежденное и дефицитарное психическое развитие

Вопросы темы:

1. Поврежденное психическое развитие.
2. Дефицитарное психическое развитие.

Ключевые понятия темы:

Поврежденное психическое развитие, деменция (резидуальная, прогрессирующая), дефицитарное психическое развитие, недостаточность зрения, недостаточность слуха, детский церебральный паралич (ДЦП).

Практические задания:

1. Изобразите с помощью кругов Эйлера отношения между следующими понятиями:

- а) умственная отсталость, недостаточность слуха, задержанное психическое развитие;
- б) умственная отсталость, недостаточность зрения, задержанное психическое развитие;
- в) умственная отсталость, детский церебральный паралич, задержанное психическое развитие;
- г) недостаточность зрения, недостаточность слуха, детский церебральный паралич.

Предложите абстрактное графическое изображение каждого понятия.

2. На основе теоретического материала выделите наиболее важные особенности развития, на которые следует ориентироваться при планировании коррекционной работы со слабовидящими, слабослышащими детьми и детьми с ДЦП. Отрадите это в таблице.

Особенности развития	Слабовидящие дети	Слабослышащие дети	Дети с ДЦП

3. Дайте определение основных видов нарушения речи: *дислалия, нарушения голоса, ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия, дислексия и дисграфия.*

Литература:

1. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова.– Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.
2. Дети с нарушениями в развитии. Хрестоматия / сост. Б. М. Астапов – М. : Педагогика, 1995. – 308 с.
3. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
4. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.
5. Литвак, А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А. Г. Литвак – СПб. : 1998. – 204 с.
6. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова [и др].; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Просвещение, 2002. – 321 с.
7. Солнцева, Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева – М. : Полиграф, 2000. – 250 с.
8. Шипицына, Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук, – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 368 с.

Занятие 7. Искаженное и дисгармоничное психическое развитие**Вопросы темы:**

1. Искаженное психическое развитие.
2. Дисгармоничное психическое развитие.

Ключевые понятия темы:

Искаженное психическое развитие, детский аутизм, аутистические нарушения, дисгармоничное психическое развитие, психопатия, отклонение темпа полового созревания.

Практические задания:

1. Изобразите графически отношения между следующими понятиями:
 - а) детский аутизм, умственная отсталость, задержка психического развития;

б) нормальное психическое развитие, дисгармоничное психическое развитие, искаженное психическое развитие.

2. Просмотр видео «Основные правила общения с аутистами».

3. По каким признакам можно отличить друг от друга:

- а) эпилепсию и эпилептоидную психопатию;
- б) циклоидную психопатию и аффективное расстройство настроения;
- в) шизоидную психопатию и нарушение аутистического спектра;
- г) истероидную психопатию и истерический невроз у детей;
- д) тревожно-фобическое расстройство и черты психастенической личности?

4. Прочитайте описанные А.И. Захаровым [3] случаи неврозов у детей. Определите основной вид внутриличностного конфликта у этого ребенка. К какому виду невроза предположительно можно отнести описанные случаи? Сформулируйте задачи психологической помощи детям в каждом случае.

а) Мальчик, 8 лет. Его родителей беспокоили неустойчивость настроения мальчика, раздражительность, повышенная плаксивость и обидчивость, быстрая утомляемость и головные боли к концу дня. Будучи эмоционально чувствительным и впечатлительным, мальчик много волновался, переживал, легко расстраивался, испытывал страх перед неизвестным, растерянность в новой обстановке, с трудом переносил ожидание. Состояние ухудшалось с началом учебного года. Посещает обычную и музыкальную школы, учится хорошо, но очень быстро устаёт. Мать ежедневно контролирует уроки, заставляет переписывать заново при любой ошибке. Оба родителя много беспокоятся, часто угрожают наказанием и срываются на крик при малейшей оплошности. Мальчик опасается сделать что-нибудь «не так, как следует», ошибиться, попасть впросак, не успеть, опоздать, у него есть опасения не справиться, быть не тем, о ком хорошо говорят, кого ценят, любят и уважают. От ребенка требовалось делать все точно, правильно, вовремя, безукоризненно, следуя нетерпеливым, принципиально строгим, спокойным родителям. Родители были часто сердиты и недовольны, забывали похвалить мальчика и ободрить его, никогда не были жизнерадостными и непосредственными в отношениях с ним.

б) Мальчик, 7 лет. Обладал повышенной возбудимостью, испытывал большое количество страхов с ведущим страхом Черной руки. Не мог долго заснуть вечером, просил мать побыть рядом, беспокойно спал, вздрагивал во сне. В раннем детстве перенес несколько соматических заболеваний, госпитализировался без родителей. Во время беременности мать много волновалась, сдавала экзаменационные сессии в университете. В семье был напряженный конфликт между тревожно-мнительной с истерическими чертами характера матерью и

жестким, повышено принципиальным отцом. На этом фоне нарастали возбудимость и эмоциональная неустойчивость мальчика. После разрыва отношений между родителями в 5 лет остался с матерью и еще более тревожной бабушкой, которая везде его сопровождала и ограничивала его природную активность. После 6 лет у мальчика появились тики, свидетельствующие о высоком нервно-психическом напряжении, ограничении двигательной активности. Появились эпизоды энуреза, страх Черной руки приобрел навязчивый характер.

Литература:

1. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова.— Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.
2. Дети с нарушениями в развитии. Хрестоматия / сост. Б. М. Астапов – М. : Педагогика, 1995. – 308 с.
3. Захаров, А.И. Неврозы у детей / А.И. Захаров. – СПб. : Дельта, 1996. – 480 с.
4. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
5. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.
6. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.
7. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 / Всемирная организация здравоохранения ; пер. на русск. язык О.Ю. Донец; ред. и предисл. А.Н. Моховикова ; вступ. статья А.А. Северного. – М. : Смысл; СПб. : Речь, 2003. – 407 с.
8. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова [и др].; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Просвещение, 2002. – 321 с.
9. Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер ; пер. с англ. О.В. Баженовой, Г.Г. Гаузе; общ. ред. А. С. Спиваковской. – М. : Прогресс, 1987. – 420 с.

Занятие 8. Методы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей

Вопросы темы:

1. Особенности обследования детей с нарушениями развития.

2. Общая характеристика методов психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей.

Ключевые понятия темы:

Наблюдение, эксперимент, документации, беседа, тестирование, анализ продуктов деятельности ребенка, методы изучения речи, проективные тесты.

Практические задания:

1. Прочитайте следующий пример и попытайтесь понять, почему у ребенка нарушение слуха не было диагностировано вовремя? Какие объективные и субъективные причины Вы можете назвать?

Герберт (7 лет). Поступил в консультацию с диагнозом предполагаемого аутизма. По предварительным данным, у него не отмечалось динамики в умственном развитии, он вел себя как маленький ребенок, испытывал трудности в концентрации внимания и был агрессивным по отношению к другим детям. Он был возбудим и, казалось, не понимал, что ему говорят. Он мог провести несколько часов, решая головоломки, а потом переделывать их заново; отказывался играть с другими детьми. Он очень любил своих родителей.

Раннее развитие его было нормальным, правда, он заметно позже начал говорить. Грамматика речи его была довольно спутанной, а произношение – плохим и нечетким. В возрасте двух с половиной лет его осмотрел опытный аудиолог, который сказал, что слух мальчика, вероятно, является нормальным, однако, необходимо повторное обследование в течение года. Вскоре семья переехала в другой город, и повторное обследование не было проведено.

Задержки в развитии речи мальчика сначала объясняли тем, что мальчик рос в семье, где говорили на двух языках, позже их стали объяснять эмоциональными нарушениями у ребенка. Во время беседы с консультантом Герберт был внимательным, отзывчивым, с удовольствием общался с врачом, в ответ на просьбу разъяснял смысл того, что он говорил, однако, он часто неправильно понимал то, что ему говорили.

Поведение Герберта было совершенно не похоже на поведение ребенка с аутизмом, но многое позволило предположить, что у ребенка нарушение слуха. Во-первых, речь его была нарушена, и ее качество говорило о возможном нарушении за счет глухоты. Во-вторых, затруднения понимания речи не согласовывались с его языковыми возможностями и степенью развития способности к совместным действиям.

Клиническое обследование подтвердило вероятную глухоту, включающую потерю реакции на звуки высокого тона. Специалисты-аудиологи установили слуховой протез и организовали специальную дополнительную помощь в школе. Вскоре его эмоциональное состояние улучшилось, и год спустя он уже был хорошо адаптирован и лучше учился в школе [2].

2. С целью овладения навыками изучения ребенка, у которого имеются подозрения на отклонения в развитии, попробуйте составить историю его развития. История развития может быть составлена в соответ-

ствии со схемой, представленной в приложении 1 (излагается по [2]). Оформите *письменно*.

3. Составьте условно-вариантный прогноз развития ребенка в соответствии со следующей характеристикой.

1) Мальчик 8 лет, диагноз «легкая умственная отсталость», воспитывается в семье, состоящей из родителей и двух детей (младшая сестра 3 лет), семья проживает в частном доме в большом городе, ребенок поступает во вспомогательную школу.

2) Девочка 8 лет, диагноз «Детский церебральный паралич (спастическая диплегия) 3 степени тяжести» проживает в семье с бабушкой и матерью, которая работает в совхозе, живут в агрогородке, девочка обучается на дому по программе вспомогательной школы (учителя из местной школы).

3) Мальчик 12 лет, врожденная слепота, обучается в специализированной школе-интернате для детей с нарушениями зрения; семья мальчика (мать, отец и еще три сестры) проживают в небольшом поселке городского типа, семья малообеспеченная, так как работает один отец, для матери в поселке работы нет.

4) Девочка 3 года, диагноз «детский аутизм», воспитывается в семье. Родители по профессии врачи, есть старший брат 11 лет, развивается нормально. Мать девочки находится в состоянии тяжелой депрессии из-за невозможности выйти на любимую работу после декретного отпуска: девочку не с кем оставить дома, детский сад посещать на данный момент она не может. Мать иногда говорит о том, что хорошо было бы сдать ребенка в приют, потому что толку от нее все равно не будет, все равно вырастет «дебилкой». Живут в районном центре, где есть возможность получать профессиональную помощь от специалистов ЦКРОиР [1].

Литература:

1. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова. – Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.

2. Глухих – нет / Медиа-портал для глухих и слабослышащих [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gluxix.net/>. – Дата доступа : 30.11.2011.

3. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.

4. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. Хрестоматия. – СПб. : Питер, 2001. – 336 с.

5. Семаго, Н. Я. Диагностический альбом для оценки развития познавательной деятельности ребёнка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго – М. : Айрис-пресс, 2005. – 200 с.

6. Семаго, Н. Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб. : Речь, 2006 – 384 с.

7. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие / А. В. Семенович – М. : Академия, 2002. – 232 с.

Занятие 9. Психологическая диагностика развития детей от рождения до 1 года

Вопросы темы:

1. Общая характеристика периода новорожденности. Показатели развития младенца и параметры диагностики.

2. Особенности психомоторного развития детей первого года жизни с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (ППП ЦНС).

Ключевые понятия темы:

Период новорожденности, показатели развития младенца, параметры диагностики младенца, шкала развития младенца Bayley, поведенческий тест новорожденных Graham, тест развития детей 1го года жизни Баженовой.

Практические задания:

1. Заполнить сравнительную таблицу «Общие диагностические шкалы изучения развития ребенка 1-го года жизни»:

- Шкала развития младенца Bayley;
- Шкала ментального развития Griffiths;
- КИД-шкала;
- Оценка уровня психомоторного развития ребенка (Журба, Мастюкова);
- Тест развития детей первого года жизни (Баженова).

Название методики. Автор	Возраст	Направление	Критерии оценки

Литература:

1. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.

2. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.

3. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 312 с.

4. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. Хрестоматия. – СПб. : Питер, 2001. – 336 с.

5. Семаго, Н. Я. Диагностический альбом для оценки развития познавательной деятельности ребёнка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго – М. : Айрис-пресс, 2005. – 200 с.

6. Семаго, Н. Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб. : Речь, 2006 – 384 с.

7. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие / – М. : Академия, 2002. – 232 с.

Занятие 10. Психологическая диагностика детей раннего возраста

Вопросы темы:

1. Общая характеристика периода раннего детства. Показатели развития ребенка и параметры психологической диагностики детей раннего возраста.

2. Особенности психомоторного развития детей раннего возраста с органическими поражениями центральной нервной системы.

Ключевые понятия темы:

Период раннего детства, показатели развития, параметры психологической диагностики, новообразования возраста, нарушения нервно-психического развития.

Практические задания:

1. Заполнить сравнительную таблицу «Общие диагностические шкалы изучения развития ребенка до 3х лет»:

- Денверский скрининг-тест развития (DDST);
- Мюнхенская функциональная диагностика развития (Мюнхенская шкала);
- Диагностика нервно-психического развития детей (Пантюхина, Фрухт, Печора)

Название методики. Автор	Возраст	Направление	Критерии оценки

Литература:

1. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
2. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.
3. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 312 с.
4. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. Хрестоматия. – СПб. : Питер, 2001. – 336 с.
5. Семаго, Н. Я. Диагностический альбом для оценки развития познавательной деятельности ребёнка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго – М. : Айрис-пресс, 2005. – 200 с.
6. Семаго, Н. Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб. : Речь, 2006 – 384 с.
7. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие / – М. : Академия, 2002. – 232 с.

Занятие 11. Психологическая коррекция как особый вид психологической помощи

Вопросы темы:

1. История и развитие коррекции.
2. Виды коррекции. Различные классификации коррекционной работы.
3. Основные принципы коррекционной работы: иерархичности, системности, комплексности, опоры на активность самого ребенка и др.

Ключевые понятия темы:

Коррекция индивидуальная и групповая, симптоматическая и каузальная, директивная и недирективная; принципы коррекционной работы, планирование коррекционной работы, требования к психологу при коррекционной работе.

Практические задания:

1. Как вы понимаете сущность принципа единства теории, диагностики и коррекции? Приведите примеры несоответствий между теорией и диагностикой, теорией и коррекцией в практической деятельности психолога.
2. Дайте определение основных принципов коррекции.

3. Составьте перечень коррекционных задач, которые могут решаться с помощью имеющегося в вашем распоряжении стимульного материала в виде набора цветных кубиков (четыре кубика одинакового размера красного, желтого, синего и зеленого цветов), пирамидки и игрушки со шнуровкой. Для детей какого возраста и с каким видом отклоняющегося развития могут подойти эти задачи и эти материалы?

Литература:

1. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова.– Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.
2. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
3. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.
4. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 312 с.
5. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. Хрестоматия. – СПб. : Питер, 2001. – 336 с.
6. Семаго, Н. Я. Диагностический альбом для оценки развития познавательной деятельности ребёнка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго – М. : Айрис-пресс, 2005. – 200 с.
7. Семаго, Н. Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб. : Речь, 2006 – 384 с.
8. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие / – М. : Академия, 2002. – 232 с.

Занятие 12 Арт-терапия как метод психологической коррекции.

Вопросы темы:

1. Общая характеристика метода. Цели арт-терапии и области решаемых проблем развития.
2. Музыкалотерапия.
3. Проективный рисунок.
4. Сказкотерапия.

Ключевые понятия темы:

Арт-терапия, музыкотерапия, библиотерапия, проективный рисунок, куклотерапия, сказкотерапия; принципы организации арт-терапии, песочная терапия.

Практические задания:

1. Просмотр видео по песочной терапии. Вопросы для обсуждения:
 - какие задачи можно решить с помощью этого вида терапии;
 - при каких особенностях развития ребенка она наиболее эффективна;
 - в чем ограничения песочной терапии.

2. Для работы с различными состояниями и особенностями часто применяют сказкотерапию. Напишите сказку, направленную на проработку фобий ребенка.

Подберите авторскую сказку для коррекционной работы с ребенком с особенностями развития.

Литература:

1. Гарднер, Р. Психотерапия детских проблем / Р. Гарднер ; пер. с англ. – СПб. : Речь, 2002. – 416 с.
2. Зинкевич-Евстигнеева, Т. Д. Практикум по сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : Речь, 2000. – 164 с.
3. Зинкевич-Евстигнеева, Т. Д. Практикум по креативной терапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т. М. Грабенко. – СПб. : Речь, 2001. – 180 с.
4. Захаров, А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров – СПб. : Дельта, 1996. – 480 с.
5. Истратова, И. Н. Практикум по детской психокоррекции: игры, упражнения, техники / И. Н. Истратова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2009. – 349 с.
6. Никольская, И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб. : Речь, 2006. – 352 с.
7. Оклендер, В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии / В. Оклендер. – Москва, Независимая фирма «Класс», 1997 – 208 с.
8. Спиваковская, А. С. Психотерапия: игра, детство, семья / А. С. Спиваковская. – М. : Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. – 405 с.

Занятие 13. Игровая терапия

Вопросы темы:

1. Общая характеристика метода.
2. Основные виды и формы игровой терапии.

Ключевые понятия темы:

Игровая терапия, направления игротерапии, отреагирование, построение отношений, требования к личности игрового терапевта, интерактивные игры.

Практические задания:

1. Опишите особенности игровой терапии отреагирования: цель, задачи, особенности проведения, эффективность.
2. Составьте список мультфильмов, которые вы бы рекомендовали:
 - для общего развития детей раннего возраста;
 - для воспитания определенных качеств;
 - для принятия детей с особенностями развития.
3. Опишите вариант применения игровой терапии для тревожного и неуверенного в себе ребенка 5 лет.

Литература:

1. Гарднер, Р. Психотерапия детских проблем / Р. Гарднер ; пер. с англ. – СПб. : Речь, 2002. – 416 с.
2. Захаров, А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров – СПб. : Дельта, 1996. – 480 с.
3. Истратова, И. Н. Практикум по детской психокоррекции: игры, упражнения, техники / И. Н. Истратова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2009. – 349 с.
4. Никольская, И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб. : Речь, 2006. – 352 с.
5. Оклендер, В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии / В. Оклендер. – Москва, Независимая фирма «Класс», 1997 – 208 с.
6. Спиваковская, А. С. Психотерапия: игра, детство, семья / А. С. Спиваковская. – М. : Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. – 405 с.

Занятие 14. Методы поведенческой коррекции.

Вопросы темы:

1. Методы коррекции поведения: показания для проведения и процедуры.
2. Метод систематической десенсибилизации и сенсibilизации.

Ключевые понятия темы:

Метод систематической десенсибилизации, метод систематической сенсификации, иммерсионные методы преодоления страхов, метод наводнения, метод имплозии, парадоксальная интенция, «жетонная» программа.

Практические задания:

1. Попробуйте применить метод систематической десенсибилизации на себе. Выделите страх, с которым вы бы хотели справиться. Выпишите все ситуации, вызывающие этот страх (от самых легких ситуаций до самых тяжелых). Проранжируйте их. Обязательным условием составления этого списка является реальное переживание вами страха такой ситуации (т.е. она не должна быть воображаемой). Пример подобного списка можно посмотреть в приложении 2. Проведите собственно десенсибилизацию в парах (под супервизией преподавателя).

2. Просмотр видео по применению поведенческой терапии.

Литература:

1. Бек, Дж. Когнитивная терапия: полное руководство : пер. с англ. / Дж. Бек. – М. : ООО «И.Д. Вильямс», 2006. – 400 с.
2. Гарднер, Р. Психотерапия детских проблем / Р. Гарднер ; пер. с англ. – СПб. : Речь, 2002. – 416 с.
3. Захаров, А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров – СПб. : Дельта, 1996. – 480 с.
4. Истратова, И. Н. Практикум по детской психокоррекции: игры, упражнения, техники / И. Н. Истратова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2009. – 349 с.
5. Лютова, Е. К. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – М. : Генезис, 2000 – 192 с.
6. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии: пер. с англ. / Р. МакМалин. — СПб.: Речь, 2001. — 560 с
7. Оклендер, В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии / В. Оклендер. – Москва, Независимая фирма «Класс», 1997 – 208 с.
8. Спиваковская, А. С. Психотерапия: игра, детство, семья / А. С. Спиваковская. – М. : Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. – 405 с.

Занятие 15. Психогимнастика

Вопросы темы:

1. Психогимнастика как метод реконструктивной коррекции.
2. Структура психогимнастического занятия.

Ключевые понятия темы:

Психогимнастика, реконструктивная коррекция, упражнения на развитие внимания, упражнения на развитие сотрудничества, основные темы психогимнастики.

Практические задания:

1. Подберите 3-5 упражнений для психогимнастики с ребенком:
 - 2-3 лет с нормативным развитием;
 - 2-3 лет с особенностями развития (на выбор).

Литература:

1. Захаров, А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров – СПб. : Дельта, 1996. – 480 с.
2. Истратова, И. Н. Практикум по детской психокоррекции: игры, упражнения, техники / И. Н. Истратова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2009. – 349 с.
3. Никольская, И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб. : Речь, 2006. – 352 с.
4. Оклендер, В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии / В. Оклендер. – Москва, Независимая фирма «Класс», 1997 – 208 с.
5. Спиваковская, А. С. Психотерапия: игра, детство, семья / А. С. Спиваковская. – М. : Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. – 405 с.
6. Чистякова, М. И. Психогимнастика / М. П. Чистякова. – М. : Институт психотерапии, 1997. – 220 с.

Занятие 16. Коррекционная работа с детьми с аутизмом

Вопросы темы:

1. Основные принципы работы с детьми с аутизмом.
2. Методы коррекционной работы с аутистами.

Ключевые понятия темы:

Детский аутизм, установление контакта с аутичным ребенком, имитация, коммуникация, поведенческая терапия или метод прикладного анализа поведения (АВА).

Практические задания:

1. Составьте коррекционную программу для работы с детьми с аутизмом 2-3 лет по следующим направлениям:

- Имитация;
- Общая моторика;
- Мелкая моторика;
- Навыки самообслуживания;
- Речь;
- Социальные отношения.

На каждое направление подберите по три упражнения.

2. Ниже перечислены мифы об аутизме. Какие из мифов соответствуют реальности? Обоснуйте свою точку зрения.

Миф 1. Все дети с аутизмом гениальны – им присущи некоторые незаурядные способности.

Миф 2. Дети с аутизмом всегда имеют умственную отсталость и не могут вести нормальную жизнь.

Миф 3. Дети с аутизмом никогда не смотрят в глаза другим людям.

Миф 4. Дети с аутизмом не могут проявлять привязанности к людям.

Миф 5. Развитие аутизма можно предотвратить: если с ребенком начать заниматься до 3 лет, тогда «дверка не закроется», и ребенок может стать вполне нормальным.

Миф 6. Родители ребенка своим поведением «запускают механизм развития аутизма», следовательно, метод помощи – это психоанализ ребенка и семьи.

Миф 7. Нарушение вызвано прививкой – если не делать прививки, можно спасти детей.

Миф 8. Причина нарушения – локальное поражение мозга в результате родовой травмы [1].

Литература:

1. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова.– Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.

2. Детский аутизм : Хрестоматия / сост. Л.М. Шипицына. – СПб. : Междунар. ун-т семьи и ребенка им. Р. Валленберга, 1997. – 254 с.
3. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие / В.В. Лебединский. – М. : Академия, 2011. – 144 с.
4. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.
5. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.
6. Никольская, О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – 2-е изд., стер. – М. : Тервинф, 2000. – 333 с.
7. Сатмари, П. Дети с аутизмом / П. Сатмари ; пер. с англ. – М., Нижний Новгород, СПб. : Питер, 2005. – 224 с.
8. Шоплер, Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей / Э. Шоплер, М. Ланзинд, Л. Ватерс. – Минск : Открытые двери, 1997. – 255 с.

Занятие 17. Коррекционная работа со слабовидящими и слабослышающими детьми

Вопросы темы:

1. Коррекционная работа со слабовидящими детьми.
2. Коррекционная работа со слабослышающими детьми.

Ключевые понятия темы:

Слабослышащие дети, слабовидящие дети, уровень развития, психическое и психологическое развитие, нормализация ослабленных функций ребенка.

Практические задания:

1. Составьте коррекционную программу для работы со слабовидящими, слабослышающими детьми 2-4 лет по следующим направлениям:
 - Когнитивное развитие;
 - Коммуникативная сфера;
 - Навыки самообслуживания;
 - Тонкая моторика;
 - Грубая моторика.

На каждое направление подберите по три упражнения. Если для всех категорий детей предполагается единая программа, то укажите адаптацию упражнений.

2. Представьте себя в роли специалистов по сурдотехнике, которая разрабатывает технические устройства для людей с нарушением слуха. Предложите, как можно помочь неслышащему человеку в следующих трудных для него ситуациях:

- воспринять звонок телефона;
- понять музыку;
- заметить свисток закипевшего чайника;
- просмотр видеоматериалов с разговорной речью;
- восприятие лекции, читаемой преподавателем;
- восприятие звука приближающегося транспорта.

3. Попробуйте представить мир глазами ребенка, лишенного зрения. Опишите, каким образом незрячий ребенок в возрасте 6 лет воспринимает, распознает и узнает следующие объекты:

- знакомого человека;
- нового, незнакомого человека;
- поездку в машине по знакомому маршруту;
- понятие «фрукты»;
- выражение «это очень-очень далеко»;
- свою любимую игрушку и книгу.

Литература:

1. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Т.Г. Богданова. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 224 с.
2. Боскис, Р.М. Глухие и слабослышащие дети / Р.М. Боскис. – М. : Советский спорт, 2004. – 304 с.
3. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова. – Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.
4. Дети с нарушениями в развитии. Хрестоматия / сост. Б. М. Астапов – М. : Педагогика, 1995. – 308 с.
5. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
6. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.

7. Литвак, А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А. Г. Литвак – СПб. : 1998. – 204 с.
8. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова [и др].; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Просвещение, 2002. – 321 с.
9. Солнцева, Л.И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л.И. Солнцева, С.М. Хорош. – 3-е изд. – М. : ИКП РАО, 2004. – 68 с.
10. Солнцева, Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева – М. : Полиграф, 2000. – 250 с.
11. Шипицына, Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук, – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 368 с.

Занятие 18. Коррекционная работа с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Вопросы темы:

1. Особенности развития детей с ДЦП.
2. Коррекционная работа с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Ключевые понятия темы:

Этиология детского церебрального паралича (ДЦП), патогенез ДЦП, отклонения в психическом развитии, структура интеллектуального дефекта.

Практические задания:

1. Составьте коррекционную программу для работы с ребенком с ДЦП 2-4 лет по следующим направлениям:

- Когнитивное развитие;
- Коммуникативная сфера;
- Навыки самообслуживания;
- Тонкая моторика;
- Грубая моторика.

На каждое направление подберите по три упражнения. Если для всех категорий детей предполагается единая программа, то укажите адаптацию упражнений.

2. Проанализируйте высказывание мамы ребенка, которая выражает свое мнение о его заболевании. «Мой мальчик плохо ходит, у него ножки

перекрещиваются, и он становится на носочки. С головой у него все в порядке, он умный, все понимает, но чуть-чуть плохо говорит, шепелявит. У него ножки больные, и врачи говорят, что у него ДЦП, а заболел он только в 4 года, до этого был здоровенький» [1].

Какие ошибочные суждения о заболевании ребенка содержатся в этом высказывании?

Литература:

1. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова. – Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.
2. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М. : Издат. центр «Академия», 2001. – 192 с.
3. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.
4. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.
5. Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП / И.А. Смирнова. – СПб. : Детство-пресс, 2003. – 160 с.
6. Специальная дошкольная педагогика: учеб. пособие для вузов / Е.А. Стребелева [и др.]; под ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 312 с.
7. Специальная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В.И. Лубовского. – М. : Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с.
8. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для вузов / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – М. : Владос, 2004. – 368 с.

Занятие 19. Коррекционная работа с детьми с умственной отсталостью

Вопросы темы:

1. Особенности проведения коррекционной работы с детьми с умственной отсталостью.
2. Методы коррекционной работы с детьми с умственной отсталостью.

Ключевые понятия темы:

Умственная отсталость, задержка психического развития (ЗПР), дифференциальная диагностика, модели диагностики умственной отсталости.

сти (психометрическая, функциональная и нейропсихологическая), сенсорное развитие.

Практические задания:

1. Проанализируйте приведенные в приложении 3 выписки из историй болезни детей с диагнозом задержки психического развития. Анализ проведите по следующему плану:

- Какие проблемы развития и поведения обнаруживают эти дети?
- Какие жалобы предъявляют взрослые – учителя и родители?
- Каковы этиологические факторы, вызвавшие задержку психического развития у детей?
- Какие функции относительно сохранены у детей?
- Какие функции нарушены у этих детей?
- Как можно объяснить их школьную неуспеваемость (с точки зрения структуры дефекта)?
- Какие задачи коррекционной работы с каждым ребенком нужно поставить психологу?

2. Подберите коррекционные упражнения для ребенка с умственной отсталостью.

Литература:

1. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова.– Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.

2. Дети с нарушениями в развитии. Хрестоматия / сост. Б. М. Астапов – М. : Педагогика, 1995. – 308 с.

3. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.

4. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский – М. : Просвещение, 2003. – 263 с.

5. Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.

6. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова [и др].; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Просвещение, 2002. – 321 с.

7. Психология детей с задержкой психического развития. Изучение. Социализация. Психокоррекция : хрестоматия : учеб. пособие для вузов / Сост. О.В. Заширинская. – СПб. : Речь, 2003. – 432 с.

8. Семаго, М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : АРКТИ, 2001. – 208 с.

9. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие / А.В. Семенович. – М. : Академия, 2002. – 232 с.

10. Слепович, Е.С. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: метод. рекомендации / Е.С. Слепович, А. М. Поляков. – Минск : Детский фонд ООН, 2005. – 96 с.

11. Фурманов, И.А. Психология депривированного ребенка : пособие для психологов и педагогов / И.А. Фурманов, Н.В. Фурманова. – М. : Изд-во «Академия», 2004. – 319 с.

12. Шпек, О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание / О. Шпек ; пер. с нем. А.П. Голубева; науч. ред. русск. текста Н.М. Назарова. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 432 с.

Занятие 20. Психокоррекционная работа с родителями, воспитывающих детей с нормальным и отклоняющимся развитием

Вопросы темы:

1. Особенности семей, имеющих детей с отклоняющимся развитием.
2. Коррекционная работа с родителями особенных детей.

Ключевые понятия темы:

Семейное неблагополучие, детско-родительские отношения, семейные отношения, стиль родительского отношения, гиперопека, гипоопека, противоречивое воспитание, родительские коррекционные группы.

Практические задания:

1. Прочитайте письмо, написанное Эмили Перл Кингслей, материю ребенка с синдромом Дауна. Это письмо-метафора. Объясните, каким образом в этом письме представлена ситуация рождения ребенка с отклонениями в развитии, какие чувства испытывают родители при появлении в семье такого ребенка. Каким образом можно использовать это письмо в работе по психологической поддержке семьи?

«Путешествие в Голландию. Период ожидания ребенка подобен планированию взлелеянного в мечтах волшебного путешествия в Италию. Вы покупаете гору справочников и строите чудесные планы. Колизей. Скульптура Давида Микеланджело. Гондолы в Венеции. Вы выучиваете несколько фраз на итальянском языке. Все это вас захватывает.

Наконец, после месяца приготовлений наступает этот долгожданный день. Вы собираете чемоданы и отправляетесь в путь. Через несколько часов самолет приземляется. Входит стюардесса и говорит: «Добро пожаловать в Голландию!»

«Голландию?! Что вы имеете в виду? Мы летели в Италию! всю свою жизнь мы мечтали об Италии! И сейчас мы должны быть в Италии!»

«Неожиданно изменилось расписание полетов. Вы приземлились в Голландии и здесь вы должны остаться. Обратного пути нет».

И вы остаетесь. Вы вынуждены остаться. Покупаете другие справочники и изучаете совсем другой язык. Но, с другой стороны, в Голландии вы встречаете людей, которых в другом месте вы никогда бы не встретили.

ЭТО ПРОСТО ДРУГАЯ СТРАНА. Ритм жизни там медленнее, чем в Италии, и там не так красочно. Но немного пожив, вы осматриваетесь и видите, что в Голландии есть оригинальные ветряные мельницы и тюльпаны, в Голландии есть картины Рембрандта...

Но когда все другие, кого вы знаете, едут в «вашу» желанную Италию и возвращаются из нее, вы не раз думаете: «Да, мы тоже должны были быть там. Мы так планировали». И сожаление об этом никогда не пройдет, потому что потеря мечты очень мучительна.

Но если вы всю жизнь будете оплакивать то, что вам не было суждено попасть в Италию, вы никогда не сможете полностью понять, каким замечательным краем может быть Голландия» [9].

2. Каким образом можно объяснить следующие результаты исследований американских ученых, изучавших семьи, имеющие детей с умственными и физическими недостатками.

Семьи, воспитывающие ребенка с аутизмом, оказываются более страдающими, чем семьи, имеющие ребенка с интеллектуальной недостаточностью. Стресс в большей степени проявляется именно у матерей, имеющих детей с аутизмом. Они не только испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени из-за сверхзависимости своих детей, но и имеют очень низкую самооценку, считая, что недостаточно хорошо выполняют свою материнскую роль [8]. Проведите связь между особенностями поведения и самоощущения матерей с особенностями поведения детей с аутизмом.

3. Подготовьте памятки для родителей на темы: «У вашего ребенка умственная отсталость (ЗПР, СДВГ, глухота, слепота, ДЦП, детский аутизм)». В доступной для родителей форме расскажите об основных характеристиках данного расстройства, о сильных сторонах таких детей, а также об основных направлениях и задачах помощи им.

Литература:

1. Валитова, И.Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям / И.Е. Валитова. – Брест : БрГУ, 2013. – 461 с.
2. Вулис, Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью. Руководство для членов семей, друзей и социальных работников / Р. Вулис. – М. : Нолидж, 1998. – 192 с.
3. Краузе, М.П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям: учеб пособие для студ. высш. учеб. заведений / М.П. Краузе. – М. : Изд. центр «Академия», 2006. – 208 с.
4. Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для вузов / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина ; под ред. В.И. Селиверстова. – М. : Владос, 2004. – 408 с.
5. Нет «необучаемых детей»: книга о раннем вмешательстве / под ред. Е.В. Кожевниковой и Е.В. Ключковой. – СПб. : КАРО, 2007. – 352 с.
6. Ньюмен, С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей / С. Ньюмен. – М. : Теревинф, 2004. – 240 с.
7. Селигман, М. Обычные семьи, особые дети / М. Селигман, Р. Дарлинг ; пер.с англ – М. : Теревинф, 2007. – 368 с.
8. Психология семьи и больной ребенок : учеб. пособие : Хрестоматия / авт.-сост. И.В. Добряков, О.В. Заширинская. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.
9. Романчук, О.И. Дорога любви. Путеводитель для семей с особыми детьми и тех, кто идет рядом / О.И. Романчук. – М. : Генезис, 2010. – 160 с.
10. Ткачева, В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачева. – М. : ГНОМ и Д, 2000. – 64 с.
11. Фюр, Г. «Запрещенное» горе. Об ожиданиях и горе, связанных с ребенком, родившимся с функциональными ограничениями / Г. Фюр. – Минск: Минсктипроект, 2003. – 64 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Схема составления истории развития ребенка .

Анкетные данные ребенка и основные сведения о семье. Дата рождения и точный возраст на момент обследования ребенка. Полный состав семьи с указанием возраста, образования и характера работы всех членов семьи, а также родственников или других лиц, реально участвующих в воспитании ребенка. Изменения в составе семьи с момента рождения ребенка. Общие сведения о жилищных, материальных и бытовых условиях жизни семьи (при наличии неблагоприятных обстоятельств здесь и далее необходима более подробная их характеристика).

1. Особенности перинатального периода развития ребенка. Общие сведения об условиях развития ребенка до и после рождения. Наличие факторов риска в состоянии здоровья матери и ребенка.

2. Состояние здоровья ребенка к моменту обследования и перенесенные заболевания. Наличие травм и операций, хронических и частых заболеваний. Случаи госпитализации. Постановка ребенка на учет у психоневролога или других специалистов. Особенности сна и питания ребенка с момента рождения.

3. Где и кем воспитывался ребенок, начиная с рождения. Кто ухаживал за ребенком на протяжении первых двух лет жизни? Помещение ребенка в ясли, детский сад или другие детские учреждения (указать сроки и тип учреждения, например круглосуточные или дневные, специальные – логопедические, для детей с неврологическими заболеваниями и др.) Как ребенок привыкал к детским учреждениям, как складывались отношения с детьми, были ли жалобы воспитателей? Были ли резкие перемены в обстановке, в которой рос ребенок (например, переезды), частые или длительные разлуки с родителями? Реакция на них ребенка.

4. Развитие в младенчестве и раннем возрасте (до трех лет включительно). Особенности развития моторики. Сроки появления основных сенсомоторных реакций: когда ребенок начал сидеть, стоять, ходить и др. Общий эмоциональный фон. Развитие речи: сроки появления первых слов, фраз, активность речевого общения. Активность в освоении окружающего, любопытство. Отношения к близким и незнакомым взрослым. Овладение предметными действиями (когда ребенок научился самостоятельно есть, одеваться). Сроки формирования навыков самообслуживания. Когда и как приучили к опрятности? Проявления самостоятельности, настойчивости. Какие трудности наблюдались в поведении ребенка? Любимые занятия и игры.

5. Развитие ребенка в дошкольном возрасте. Любимые занятия ребенка. В какие игры и с кем любит играть ребенок? Любит ли рисовать, с какого возраста, что рисует? Любит ли слушать сказки, заучивать стихи, смотреть телевизионные передачи? Умеет ли читать, когда и как, по чьей инициативе научился? Как развит физически? Какая рука является ведущей? Имеются ли домашние обязанности? Практикуются ли совместные формы деятельности ребенка со взрослыми? Отношения со сверстниками. Отношения с членами семьи. Типичные конфликты, их частота. Наказания и поощрения со стороны взрослых. Актуальные запреты. Особенности характера. Посещает ли ребенок какие-либо кружки, студии, секции, имеет ли какие-либо специальные занятия? Как проводит досуг? Ранние проявления способностей к музыке, рисованию и т.д. Проявляет ли ребенок инициативу, в чем? Отмечаются ли страхи или какие-либо другие нежелательные проявления?

6. Развитие ребенка в младшем школьном возрасте. В каком возрасте поступил в школу? Легко ли адаптировался к школьной жизни? Тип посещаемого учебного заведения (спецшкола, интернат и т.д.) Посещает ли группу продленного дня? Была ли смена школы, класса и по какой причине? Успеваемость. Любимые и нелюбимые предметы. Выполнение домашних заданий. Отношения с одноклассниками (дружеские, конфликтные и т.д.). Отношения с учителями. Участие в общественной жизни школы. Наличие внешкольных занятий и увлечений (кружки, спортивные секции и т.д.), участие в неформальных организациях. Степень самостоятельности. Обязанности по дому. Место игр, телевидения и чтения в досуге ребенка. Наиболее типичные конфликты.

7. Что еще, с точки зрения родителей, важно отметить в истории жизни ребенка?

Приведенный перечень вопросов для составления истории развития ребенка является не более чем схемой, отдельные пункты которой подлежат существенной конкретизации в зависимости от многих условий: характера жалоб родителей, индивидуальных особенностей обстановки (например, близнецовой ситуации или наличия в семье нескольких детей разного возраста и т.д.).

Приложение 2.

Например, у клиента выявляется страх высоты - гибофобия. Психолог составляет иерархическую шкалу-перечень ситуаций и сцен, которые вызывают у клиента страх, начиная от слабого и до сильно выраженного. На первое место может быть поставлено слово "высота", потом - вид открытой двери на балкон высотного этажа, затем сам балкон, вид асфальта

и автомашин под балконом. Для каждой из этих сцен могут быть разработаны более мелкие актуальные для клиента детали.

В качестве примера можно привести 15 сцен из иерархии, составленной для клиента со страхом полетов в самолете:

1. Вы читаете газету и замечаете объявление авиакомпании.
2. Вы смотрите телевизионную программу и видите группу людей, садящихся в самолет.
3. Ваш шеф говорит, что вам нужно совершить деловую поездку на самолете.
4. Остается две недели до вашей поездки, и вы просите секретаря забронировать билет на самолет.
5. Вы в своей спальне укладываете чемодан для поездки.
6. Вы принимаете душ утром перед поездкой.
7. Вы в такси по пути в аэропорт.
8. Вы проходите регистрацию в аэропорту.
9. Вы в зале ожидания и слышите о посадке на ваш рейс.
10. Вы стоите в очереди перед трапом самолета.
11. Вы сидите в своем самолете и слышите, как начинает работать двигатель самолета.
12. Самолет приходит в движение, и вы слышите голос стюардессы: "Застегните ремни, пожалуйста!"
13. Вы смотрите в окно, когда самолет начинает разбегаться по дорожке.
14. Вы смотрите в окно в то время, когда самолет собирается взлететь.
15. Вы смотрите в окно, когда самолет отрывается от земли.

Приложение 3.

А) Выписка из истории болезни (автор Ю.Г. Демьянов). Н.В., 11 лет направлен в детскую психиатрическую больницу в связи с трудностями в поведении и плохой школьной успеваемостью. Клинический диагноз: задержка психического развития с невропатическим синдромом. Больной от второй беременности, протекавшей без осложнений. Роды на 7-м месяце после падения матери на улице. Закричал после похлопывания. Вскармливался искусственно. До трех лет перенес диспепсию, дизентерию, корь, ветряную оспу, в дальнейшем – частые простудные заболевания. Темп раннего психомоторного развития без заметных нарушений. С грудного возраста отличался плаксивостью, капризностью, наблюдались частые срыгивания после кормления, сон чуткий и беспокойный, до 4-х лет ноч-

ные страхи, непостоянно – ночное недержание мочи. В яслях и детском саду был капризен, нетерпелив, раздражителен, драчлив. В массовой школе с 7 лет. С трудом приобретал навыки чтения, письма и счета. Без соответствующих знаний формально переводился во второй и третий классы, обучение в последнем дублирует. К занятиям интереса не проявлял, на уроках отвлекается, грубит учителям в ответ на замечания, ссорится и дерется с детьми, нередко сбегает с уроков. Психологическое обследование: легко вступает в контакт с окружающими, охотно играет с ребятами в различные игры. Во время игр легко возбудим, много спорит и кричит, затевает драки. Всегда с интересом смотрит телепередачи, слушает чтение книг. Перед сном долго ворочается в постели, шалит с соседями. Сон с яркими сновидениями, во время сна разговаривает, вскрикивает, иногда падает с постели. К клиническим беседам относится с интересом. Излишне суетлив, мимика живая и выразительная. Хорошо ориентирован в бытовых вопросах. Быстро и точно выполняет операции классификации и сравнения предметов, раскрывает нелепости в картинках и рассказах, выносит правильные суждения при анализе сказок и басен, понимает переносный смысл пословиц и метафор. В то же время обнаруживает повышенную истощаемость внимания. Чтение и письмо с элементами дисграфии и дислексии на почве недостаточности анализа и синтеза слов. Техника устного счета слабая. Затрудняется в оставлении плана решения арифметических задач в несколько действий и последовательной реализации этого плана [Психология детей с задержкой психического развития. Изучение. Социализация. Психокоррекция : хрестоматия : учеб. пособие для вузов / Сост. О.В. Заширинская. – СПб. : Речь, 2003. – 432 с.].

Б) Выписка из истории болезни (автор Ю.Г. Демьянов). К.В., 10 лет. Клинический диагноз: задержка психического развития с церебрастеническим синдромом. В анамнезе: мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом на протяжении всего срока, на 5-м месяце мать перенесла грипп. Роды со стимуляцией, преждевременное излитие околоплодных вод. С первого года страдает частыми пневмониями, в 4 года перенес сотрясение головного мозга. Темп и характер раннего развития без особенностей. Посещал ясли и детский сад. В массовой школе с 7 лет, в первом классе обучается 3-й год. Тяжело переносит свою неуспеваемость. Стал чрезмерно плаксивым, раздражительным, обидчивым, иногда отказывается посещать школу. Психологическое обследование: легко вступает в контакт, впечатлителен, обидчив. Отмечаются небольшие затруднения в узна-

вании пунктирных и наложенных друг на друга контурных изображений. Нарушена дифференцировка некоторых фонем. Снижен объем непосредственной памяти: воспроизводит 3–4 слова и 3–4 картинки из десяти предложенных. Обнаруживает трудности в заданиях на пространственный анализ и синтез: неправильно складывает фигуры из палочек при расположении образца под углом к нему, с многочисленными пробами складывает разрезные картинки, затрудняется в сложении фигур из кубиков Кооса. При выполнении подобных заданий быстро обнаруживает признаки утомления – становится рассеянным, раздражительным, при неудачах начинает плакать. Испытывает трудности в понимании сравнительных оборотов речи, в понимании значения предлогов «перед» и «за». Не усвоил последовательность дней недели и месяцев. Затрудняется в воспроизведении в нужной последовательности ряда слов, только после 12-кратного повторения смог воспроизвести без ошибок простое четверостишие. В заданиях на классификацию, группировки, сравнение предметов и явлений друг с другом, на понимание моральных сторон сказки серьезных трудностей не испытывает, удачно использует предлагаемую в случае необходимости помощь. Состояние школьных навыков: дислексия в виде пропусков, перестановок и замен букв, дисграфия вследствие смешения сходных по начертанию букв. Представление о составе числа не сформировано, операции сложения и вычитания в пределах 10 проводит медленно и с ошибками. При беседах на отвлеченные темы, во время подвижных игр с ребятами долго не проявляет признаков утомления. На уроках и при выполнении экспериментальных заданий конструктивного характера становится сонным, капризным, вялым [Мамайчук, И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.].

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Психодиагностика и коррекция как виды психологической помощи.
2. Основные принципы психодиагностического обследования.
3. Методы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей.
4. Диагностика и коррекция в системе психолого-педагогического сопровождения детей с нарушениями развития.
5. Этапы процесса психологического сопровождения ребенка с отклоняющимся развитием.
6. Организационные вопросы психологической коррекции.
7. История возникновения коррекции.
8. Виды и принципы коррекционной работы.
9. Основные направления психокоррекции: поведенческое, психодинамическое, клиент-центрированное и т.д.
10. Понятие нормы психического развития. Социально-психологический норматив.
11. Особенности психомоторного развития детей первого года жизни.
12. Особенности психического развития детей раннего возраста.
13. Отклоняющееся развитие. Понятие первичного, вторичного и третичного дефектов.
14. Причины отклоняющегося развития.
15. Методы психолого-педагогического исследования детей раннего возраста с особенностями психофизического развития.
16. Психическое недоразвитие у детей раннего возраста (УО).
17. Задержанное психическое развитие.
18. Поврежденное психическое развитие.
19. Дети раннего возраста с нарушением слуха.
20. Дети раннего возраста с нарушением зрения.
21. Искаженное психическое развитие у детей раннего возраста.
22. Дисгармоническое психическое развитие у детей раннего возраста.
23. Дети раннего возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата.
24. Нарушения речи.
25. Арт-терапия как метод психологической коррекции.
26. Сказкотерапия.
27. Игровая терапия.
28. Психогимнастика.
29. Методы поведенческой коррекции.
30. Психокоррекционная работа с родителями, воспитывающих детей с нормальным и отклоняющимся развитием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова, Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста / Е. Ф. Архипова. – Москва : АСТ : Астрель, 2007. – 241 с.
2. Архипова, Е. Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни / Е. Ф. Архипова. – Москва : МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2012. – 200 с.
3. Бек, Дж. Когнитивная терапия: полное руководство : пер. с англ. / Дж. Бек. – М. : ООО «И. Д. Вильямс», 2006. – 400 с.
4. Богданова, Т. Г. Сурдопсихология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Т. Г. Богданова. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 224 с.
5. Боскис, Р. М. Глухие и слабослышащие дети / Р. М. Боскис. – М. : Советский спорт, 2004. – 304 с.
6. Валитова, И. Е. Детская психология : учеб.-метод. пособие для студ. / Е. И. Валитова, Е. А. Бирюкевич ; Брест. гос. ун-т им. А. С. Пушкина. – Брест : Изд-во БрГУ, 2007. – 72 с.
7. Валитова, И. Е. Специальная психология : учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим и педагогическим специальностям / И.Е. Валитова. – Минск: Изд-во Гревцова, 2014. – 481 с.
8. Вулис, Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью. Руководство для членов семей, друзей и социальных работников / Р. Вулис. – М. : Нолидж, 1998. – 192 с.
9. Гарднер, Р. Психотерапия детских проблем / Р. Гарднер ; пер. с англ. – СПб. : Речь, 2002. – 416 с.
10. Гиппенрейтер, Ю. Б. Общаться с ребенком. Как? / Ю. Б. Гиппенрейтер (любое издание)
11. Глухих – нет / Медиа-портал для глухих и слабослышащих [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gluxix.net/>
12. Дети с нарушениями в развитии. Хрестоматия / сост. Б. М. Астапов – М. : Педагогика, 1995. – 308 с.
13. Детский аутизм : Хрестоматия / сост. Л.М. Шипицына. – СПб. : Междунар. ун-т семьи и ребенка им. Р. Валленберга, 1997. – 254 с.
14. Захаров, А. И. Неврозы у детей / А. И. Захаров. – СПб. : Дельта, 1996. – 480 с.
15. Зинкевич-Евстигнеева, Т. Д. Практикум по сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : Речь, 2000. – 164 с.
16. Зинкевич-Евстигнеева, Т. Д. Практикум по креативной терапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т. М. Грабенко. – СПб. : Речь, 2001. – 180 с.

17. Истратова, И. Н. Практикум по детской психокоррекции: игры, упражнения, техники / И. Н. Истратова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2009. – 349 с.
18. Коломинский, Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
19. Краузе, М. П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям: учеб пособие для студ. высш. учеб. заведений / М. П. Краузе. – М. : Изд. центр «Академия», 2006. – 208 с.
20. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития / В. В. Лебединский. – М. : Просвещение, 1985. – 228 с.
21. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М. : Издат. центр «Академия», 2001. – 192 с.
22. Литвак, А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А. Г. Литвак – СПб. : 1998. – 204 с.
23. Лютова, Е. К. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – М. : Генезис, 2000 – 192 с.
24. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии: пер. с англ. / Р. МакМалин. — СПб.: Речь, 2001. — 560 с
25. Мамайчук, И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 312 с.
26. Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для вузов / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина ; под ред. В. И. Селиверстова. – М. : Владос, 2004. – 408 с.
27. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 / Всемирная организация здравоохранения ; пер. на русск. язык О. Ю. Донец; ред. и предисл. А. Н. Моховикова ; вступ. статья А. А. Северного. – М. : Смысл; СПб. : Речь, 2003. – 407 с.
28. Никольская, И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская. – СПб. : Речь, 2006. – 352 с.
29. Нет «необучаемых детей»: книга о раннем вмешательстве / под ред. Е. В. Кожевниковой и Е. В. Клочковой. – СПб. : КАРО, 2007. – 352 с.
30. Ньюмен, С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей / С. Ньюмен. – М. : Теревинф, 2004. – 240 с.

31. Оклендер, В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии / В. Оклендер. – Москва, Независимая фирма «Класс», 1997 – 208 с.
32. Осипова, А. А. Общая психокоррекция / А. А. Осипова. – СПб. : Речь, 2007. – 512 с.
33. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова [и др].; под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Просвещение, 2002. – 321 с.
34. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / под ред. И. В. Дубровиной. – М. : Академия, 1998. – 214 с.
35. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. Хрестоматия. – СПб. : Питер, 2001. – 336 с.
36. Психология детей с задержкой психического развития. Изучение. Социализация. Психокоррекция : хрестоматия : учеб. пособие для вузов / Сост. О. В. Заширинская. – СПб. : Речь, 2003. – 432 с.
37. Психология семьи и больной ребенок : учеб. пособие : Хрестоматия / авт.-сост. И. В. Добряков, О. В. Заширинская. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.
38. Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер ; пер. с англ. О. В. Баженовой, Г. Г. Гаузе; общ. ред. А. С. Спиваковской. – М. : Прогресс, 1987. – 420 с.
39. Романчук, О. И. Дорога любви. Путеводитель для семей с особыми детьми и тех, кто идет рядом / О. И. Романчук. – М. : Генезис, 2010. – 160 с.
40. Сатмари, П. Дети с аутизмом / П. Сатмари ; пер. с англ. – М., Нижний Новгород, СПб. : Питер, 2005. – 224 с.
41. Селигман, М. Обычные семьи, особые дети / М. Селигман, Р. Дарлинг ; пер. с англ. – М. : Теревинф, 2007. – 368 с.
42. Семаго, Н. Я. Диагностический альбом для оценки развития познавательной деятельности ребёнка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго – М. : Айрис-пресс, 2005. – 200 с.
43. Семаго, Н. Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. – СПб. : Речь, 2006 – 384 с.
44. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие / А. В. Семенович. – М. : Академия, 2002. – 232 с.
45. Слепович, Е.С. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: метод. рекомендации / Е. С. Слепович, А. М. Поляков. – Минск : Детский фонд ООН, 2005. – 96 с.

46. Смирнова, И. А. Специальное образование дошкольников с ДЦП / И. А. Смирнова. – СПб. : Детство-пресс, 2003. – 160 с.
47. Солнцева, Л. И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л.И. Солнцева, С. М. Хорош. – 3-е изд. – М. : ИКП РАО, 2004. – 68 с.
48. Солнцева, Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева – М. : Полиграф, 2000. – 250 с.
49. Спиваковская, А. С. Психотерапия: игра, детство, семья / А. С. Спиваковская. – М. : Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. – 405 с.
50. Специальная дошкольная педагогика: учеб. пособие для вузов / Е. А. Стребелева [и др.]; под ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 312 с.
51. Специальная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский [и др.] ; под общ. ред. В. И. Лубовского. – М. : Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с.
52. Статья 15. Получение основного и дополнительного образования лицами с особенностями психофизического развития // Кодекс Республики Беларусь об образовании [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://kodeksy.by/kodeks-ob-obrazovanii/statya-15>
53. Ткачева, В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева. – М. : ГНОМ и Д, 2000. – 64 с.
54. Фурманов, И. А. Психология депривированного ребенка : пособие для психологов и педагогов / И. А. Фурманов, Н. В. Фурманова. – М. : Изд-во «Академия», 2004. – 319 с.
55. Фюр, Г. «Запрещенное» горе. Об ожиданиях и горе, связанных с ребенком, родившимся с функциональными ограничениями / Г. Фюр. – Минск: Минсктиппроект, 2003. – 64 с.
56. Чистякова, М. И. Психогимнастика / М. П. Чистякова. – М. : Институт психотерапии, 1997. – 220 с.
57. Шевандрин, Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности / Н. И. Шевандрин. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998.
58. Шипицына, Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук, – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 368 с.
59. Шоплер, Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей / Э. Шоплер, М. Ланзинд, Л. Ватерс. – Минск : Открытые двери, 1997. – 255 с.

60. Шпек, О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание / О. Шпек ; пер. с нем. А. П. Голубева; науч. ред. русск. текста Н. М. Назарова. – М.: Изд. центр «Академия», 2003. – 432 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ