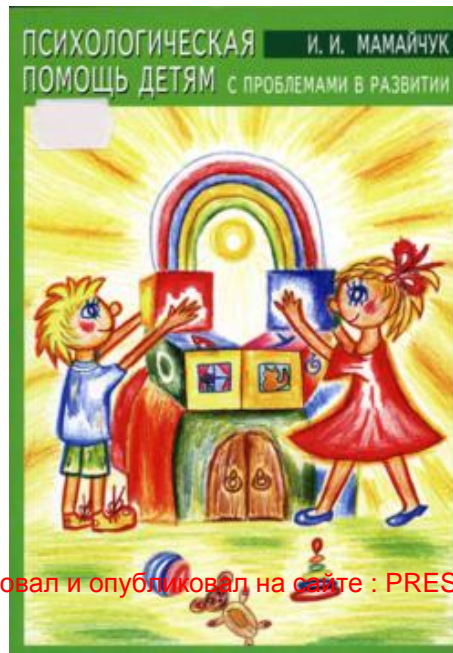


Мамайчук И.И.

Психологическая помощь детям с проблемами в развитии.



Отредактировал и опубликовал на сайте : PRESSI (HERSON)

СПб.: Речь, 2008. - 224 с.

Оглавление

Введение

Глава 1. Теоретические и методологические проблемы психологической помощи детям с нарушениями в развитии

Проблемы онтогенеза в психологии. Категория развития в психологии

Проблема периодизации психического развития

Категория активности в онтогенезе

Категория адаптации в онтогенезе

Исследование проблем дизонтогенеза в отечественной и зарубежной психологии

Проблемы нарушений в развитии ребенка в трудах Л. С. Выготского

Проблемы индивидуального развития в эволюционной неврологии и психиатрии

Основные направления психологической помощи детям с нарушениями в развитии.

Структура психологической помощи детям с проблемами в развитии

Психологическое консультирование и его основные задачи

Психологическая коррекция в системе психологической помощи детям с проблемами в развитии

Классификация видов психологической коррекции

Основные задачи психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии

Психологическое сопровождение детей и подростков с нарушениями в развитии

Психологическая поддержка в системе психологической помощи детям с проблемами в развитии

Глава 2. Психологическая помощь детям с психическим недоразвитием

Клиникопсихологические особенности детей с психическим недоразвитием

Основные формы и направления психологической помощи

Глава 3. Психологическая помощь детям с задержкой психического развития

Клиникопсихологические характеристики задержки психического развития

Основные направления психологической помощи детям с задержкой психического развития

Глава 4 психологическая помощь детям с поврежденным психическим развитием

Клиникопсихологическая характеристика детей с поврежденным психическим развитием

Особенности психологической помощи детям с поврежденным психическим развитием

Глава 5 Психическое развитие детей с церебральным параличом и основные направления психологической помощи

Из истории вопроса

Возрастная динамика психомоторного развития детей с детским церебральным параличом

Особенности сенсорноперцептивной деятельности детей с церебральным параличом

Психологическая помощь детям с церебральным параличом, ее направление и задачи

Клиникопсихологическое обследование детей дошкольного возраста с церебральным параличом

Психологопедагогическое обследование детей дошкольного возраста с церебральным параличом

Восприятие формы на доске сегена

Восприятие цвета предметов

Восприятие величины предметов

Исследование особенностей осязательного восприятия предметов

Исследование конструктивной деятельности

Исследование особенностей рисования

Исследование мыслительных процессов

Классификация предметных картинок

Обследование счетных навыков

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей и подростков с детским церебральным параличом

Психологическая коррекция познавательных процессов у детей с церебральным параличом

Глава 6 Психологическая помощь детям с ранним детским аутизмом

Клиникопсихологическая характеристика детей с ранним детским аутизмом

Основные направления психологической коррекции детей с ранним детским аутизмом

Глава 7 дисгармония психического развития в детском возрасте и особенности психологической помощи

Клиникопсихологическая характеристика дисгармонии психического развития в детском возрасте

Основные формы и методы психологической коррекции

Психологическая коррекция родительско-детских отношений

Глава 8 эмоциональные нарушения в детском возрасте и пути их коррекции

Психологическая диагностика эмоциональных нарушений в детском возрасте

Методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей

Заключение

Литература

Введение

Психологическая помощь детям с проблемами в развитии является одним из важных звеньев в системе их реабилитации.

Несмотря на высокую практическую значимость, методологические и теоретические проблемы психологической помощи разработаны далеко не достаточно.

В настоящее время существует множество противоречивых взглядов на роль психологических воздействий при нарушении психического развития у ребенка. Нередко психологическую помощь отождествляют с медицинской, педагогической, социальной. Не уточнено понятие психологической помощи, не раскрыты ее основные направления и механизмы воздействия при различных нарушениях в психическом развитии детей.

В литературе достаточно подробно описаны различные психокоррекционные техники, особенно зарубежные. Например, нейролингвистическое программирование, психотехнические игры, эмоционально-волевые тренировки и др.

Но при всем многообразии описанных психотехнических приемов не учитывается самое главное — субъект психологического воздействия с его клиникопсихологическими и психологопедагогическими особенностями. В результате бездумное использование психотехнических приемов может оказывать негативное влияние на психическое состояние ребенка, а в некоторых случаях спровоцировать у него невропсихическое расстройство.

В данной монографии излагаются основные теоретико-методологические проблемы психологической помощи детям с нарушениями в развитии, основные направления психологического консультирования, психологической коррекции, психологического сопровождения и психологической поддержки детей с разными формами нарушений психического развития.

Значительная часть работы посвящена малоизученной проблеме в психологии дизонтогенеза — детскому церебральному параличу.

Монография состоит из двух частей: общей и специальной.

В общей части рассматриваются методологические и теоретические проблемы психологии онтогенеза и дизонтогенеза и психологической помощи.

В специальной части рассматриваются вопросы психологической помощи детям с умственной отсталостью, с задержкой развития, с нарушениями в развитии вследствие черепно-мозговых травм и менингоэнцефалитов, с ранним детским аутизмом, с психопатическим развитием, с невропатиями и детским церебральным параличом. Описываются различные методы психокоррекции, используемые автором на протяжении многолетней работы в детской клинике и в психологической консультации.

Глава 1. Теоретические и методологические проблемы психологической помощи детям с нарушениями в развитии

Проблемы онтогенеза в психологии. Категория развития в психологии

При исследовании психологических особенностей детей и подростков с различными нарушениями в развитии основной задачей специалиста является психологическая квалификация основных нарушений, анализ структуры и степени тяжести дефекта.

Важное значение при изучении психики ребенка с проблемами в развитии имеет анализ стадий их возрастного развития.

На необходимость онтогенетического подхода при изучении различных аномалий в детском возрасте неоднократно указывали отечественные и зарубежные клиницисты и педагоги еще в середине XIX века.

Исследования Ч. Дарвина способствовали созданию эволюционной неврологии, психиатрии, психологии и педагогики. Несмотря на то что главные интересы ученого были связаны с эволюционной теорией, Дарвина можно с уверенностью назвать первым возрастным психологом. В 1877 году он опубликовал короткую статью о психическом развитии своего сына. Наблюдения за сыном помогло Дарвину углубить представление об эволюции врожденных форм человеческого общения. В своей работе Дарвин убедительно показал, что процесс развития — это процесс постепенной адаптации ребенка к окружающей среде и это возможно объяснить с точки зрения эволюционной теории. Эволюционная теория рассматривает человека как часть природы, и соответственно встает вопрос о сходстве и различии между человеком и животным. В работах Дарвина представлено соотношение индивидуального развития (онтогенеза) и эволюции видов (филогенеза).

Онтогенез (от греч. *ontos* — сущее, *genesis* — рождение, происхождение) — процесс индивидуального развития организма от момента зарождения до конца жизни. Онтогенез представляет собой развитие наследственной основы организма в конкретных

условиях внешней среды. В онтогенезе каждый организм проходит последовательные периоды развития. Различают два основных периода — это зародышевый (пренатальный) и послезародышевый (постнатальный). Объем генетической информации, заложенный в яйцеклетке, определяет сложнейший процесс развития. Вместе с тем весь ход эмбрионального развития является результатом взаимопроникновения факторов генетических (внутренних) и экзогенных (внешних)

В психологии под онтогенезом понимается формирование основных структур психики индивида в течение детства и отрочества. Изучение развития психических явлений и возрастной анализ их изменчивости является главной задачей возрастной психологии, которая успешно разрабатывается в трудах отечественных и зарубежных психологов.

Категория развития является важнейшим методологическим принципом психологической науки. В отечественной психологии идеи развития получили новое содержание, они уточнялись и обогащались в рамках сравнительной, детской и педагогической психологии. При изучении психического развития ребенка на первом плане стояли вопросы его многогранности.

В работах отечественных психологов конца XIX — начала XX века анализируются сложные механизмы перцептивных, мнемических и интеллектуальных процессов у детей и подростков (Селли, 1901;

Трошин, 1916; Гезелл, 1932 и др.). Одновременно с раскрытием различных характеристик психического развития в тот период разрабатываются и вопросы его детерминации. Согласно концепциям того периода, психические свойства индивида детерминированы изнутри самой природы человека. Для них характерна биологическая ориентация в объяснении явлений онтогенеза психики, тенденция сводить формирование психической деятельности и этапы ее становления к созреванию материального субстрата психики. Типичным представителем данного направления является Арнольд Гезелл. В одной из ранних работ он писал: «Потенция развития зависит в основном от врожденных моментов, но структура личности почти нацело определяется теми социальными условиями, в которых развивается юная психика» (Гезелл, 1932, с. 19). Л. С. Выготский в предисловии к книге А. Гезелла «Педагогика раннего детства» пишет: «...если тайна человеческой личности разрешается так просто, то в чем же тогда качественное своеобразие человеческого детства, человеческой личности» (там же, с. 11).

Существенное значение в критике биологизаторского подхода к развитию психики человека в тот период имели теоретические положения Л. С. Выготского. На начальных стадиях создания культурноисторической теории Выготский отмечал, что «элементарные функции ребенка» имеют натуральный, природнонаследственный характер. Позднее же, опираясь на более широкие экспериментальные данные, Выготский убедительно доказал, что даже самые элементарные функции, возникающие на самых ранних этапах жизни ребенка, имеют опосредованную социальную структуру. Развитие психики проявляется в изменении отношений между отдельными функциями. В ходе детского развития, как под черкивал Выготский, складывается совершенно новая система функций. Тип взаимосвязей высших психических функций между собой отличается тем, что функциональные системы не являются прямым продолжением развития элементарных функций, а представляют собой целое, в котором элементарные психические функции существуют как одна из инстанций, входящих в состав целого. Межфункциональные связи автор рассматривал как центральный момент развития сознания человека и как продукт прижизненного индивидуального развития. «...Каждая специфическая функция никогда не связана с деятельностью одного кагогонибуд центра, но всегда представляет собой продукт интегральной деятельности строго дифференцированных, иерархически связанных между собой центров» (Выготский, 1960, с. 387). Суть психического развития, по Выготскому, заключается не в дальнейшей?» росте, а в изменении связей. Исследуя межфункциональные отношения, Л. С. Выготский обращается к понятию «психологические системы», рассматривая формирование функциональных систем, а не развитие отдельных психических функций. Эти положения Л. С. Выготского легли в основу системного подхода изучения психики человека в отечественной психологии.

Особая роль в создании концепции психического развития принадлежит С. Л. Рубинштейну, который является родоначальником преобразования категории развития в фундаментальную категорию психологической науки. В своих ранних работах Рубинштейн обращается к проблеме зависимости развития психических процессов у ребенка от особенностей содержания и структуры его деятельности. «...В качестве основного принципа выступав положение об определяющей роли образа жизни в развитии психики, в качестве основного механизма — единство и взаимосвязь строения и функции: не только строение определяет функцию, но и функция — строение; в качестве основного тезиса — то положение, что в ходе развития и строение мозга, и его психофизические функции в подлинном единстве выступают и как предпосылка. и как результат изменяющегося в ходе развития образа жизни. Все психические образования и свойства не только формируются, но и проявляются в нем — под контролем биологических форм существования у животных, исторических форм общественной жизни у человека» (Рубинштейн, 1989, т. 1. с. 113). Таким образом, концепция развития в отечественной психологии стала центральным звеном при изучении личности на всем протяжении индивидуального пути. Сам процесс психического развития рассматривался как процесс формирования функциональных систем, а не отдельных психических функций.

Дальнейшее изучение развития психических функций успешно продолжалось в исследованиях Б. Г. Ананьева и его учеников. Б. Г. Ананьев в своих работах подчеркивал, что существенной чертой индивидуального развития является его целостность. «Вслед за современным естествознанием новейшая психофизиология рассматривает онтогенез как преобразование структуры психического развития, целостной организации процессов отражения, организации и регуляции поведения. В этой психофизиологической структуре, т. е. в целостной природе человеческого развития, не существует изолированных способностей функций или даже отдельных реакций на отдельные внешние раздражения. Известно, что эффект той или иной отдельной реакции даже на изолированный оценочный стимул определяется системным механизмом поведения и зависит от комплекса внутренних условий, в том числе от обобщенного жизненного опыта, мотивации и т. д.» (Ананьев, 1968, с. 23). Целостный, интегральный подход к проблеме развития, отраженный в работах Б. Г. Ананьева и представителей его школы, имеет огромное теоретическое значение и позволяет более дифференцированно подойти к проблеме индивидуального развития. Развитие индивидуальности Ананьев определил как становление единства и взаимосвязи формирующихся при жизни свойств человека в качестве личности и субъекта деятельности, в структуре которых функционируют и развиваются природные свойства человека как индивида.

Итак, в отечественной психологической школе процесс психического развития человека рассматривался как многомерный и многоуровневый. В фундаментальных и прикладных исследованиях психологов в дальнейшем раскрываются общие закономерности развития личности, проблемы ее детерминации и формирования, анализируются различные уровни и фазы ее развития (Божович, 1970; Люблинская, 1971; Веккер, 1974; Запорожец, 1986; и др.).

Проблема периодизации психического развития

Фундаментальной проблемой онтогенетической психологии является проблема периодизации психического развития. Она достаточно полно разработана в исследованиях ведущих отечественных и зарубежных психологов (Ананьев, 1968; Басов, 1928; Блонский, 1979; Баллон, 1967; Выготский, 1983/1984; Эльконин, 1971; Запорожец, 1986; Buhler, 1962; Erikson, 1963; Gezell, 1954; Piaget, 1967; и др.).

Учитывая сложность систематики психического развития ребенка и подростка, некоторые авторы пытались построить периодизацию на односторонних психологических или психоаналитических основах. Критика такого подхода была дана еще Л. С. Выготским, который на основе обобщения исследований по периодизации психического развития с конца XIX — начала XX века выделяет три основные группы исследований по данной проблеме.

К первой группе Выготский относит представителей биогенетических концепций, проводящих параллели между развитием человечества и развитием ребенка, а также представителей вульгарносоциологизаторских теорий, которые пытаются связать категории детства со ступенями воспитания и образования.

Исследователи второй группы, по мнению Выготского, пытаются выделить условные критерии отдельных признаков детства. Типичным представителем данного направления является Шарлотта Бюллер, которая выделяет *пять стадий в развитии ребенка на основе формирования его потребностей*:

§ Первая стадия (первый год жизни ребенка) — стадия «объективизации», во время которой ребенку открывается «окно во внешний мир», формируются его первые субъективные связи с предметами.

§ Вторая стадия (от 2 до 6 лет) — стадия расширения связей со средой при помощи речи.

§ Третья стадия (от 6 до 10 лет) — стадия «объективизации». Эта стадия характеризуется приспособлением ребенка к условиям семьи и первичным пониманием своей зависимости от реальных (внешних) обстоятельств.

§ Четвертая стадия (от 10 до 13 лет) — стадия возврата к «субъективному» и главенству «Я», отличается новым «отдалением от объективности» внешнего мира, субъективным пересмотром и критикой происходящего.

§ Пятая стадия (с 13 лет) — «стадия дифференциации в сексуальном развитии и осознания культурных и социальных ценностей».

В своей схеме Ш. Бюллер выделила два основных этапа формирования представлений «Я» ребенком. На протяжении детства эти представления качественно усложняются. Тем самым автор отмечает динамику в развитии сознания и самосознания у ребенка. Однако представленная систематика упускает многие промежуточные звенья в развитии психики ребенка.

Л. С. Выготский, критикуя периодизацию психического развития Ш. Бюллер, считал, что ее основными недостатками являются субъективизм и односторонность. Исследование периодизации психического развития, по мнению Выготского, должно базироваться на изучении внутренних закономерностей развития.

Однако, несмотря на методологическую односторонность, периодизация психического развития ребенка Ш. Бюллер, на наш взгляд, является весьма ценной, так как автор достаточно полно раскрывает этапы формирования самосознания личности в онтогенезе на основе потребностномотивационной сферы. Такой подход имеет также несомненную практическую значимость.

К третьей категории исследований по периодизации психического развития Л. С. Выготский относит попытку некоторых авторов перейти от чисто симптоматического, описательного признака к выделению существенных особенностей детского развития. Такую попытку предпринял А. Гезелл, который построил свою периодизацию исходя из внутреннего ритма и темпа развития. Он выделяет *шесть стадий психического развития ребенка и подростка*:

§ Первая стадия (от рождения и до конца 2го года жизни) отличается знакомством ребенка с собственным телом, установлением различий между знакомыми и чужими людьми, началом ходьбы и манипулятивных игр.

§ Вторая (с конца 2го до конца 3го года) отличается формированием первых представлений о своей личности, развитием языка и началом социальности. Эту стадию автор назвал «стадией оппозиции».

§ Третья (с конца 3го до начала 5го года жизни) отличается наличием у ребенка противоречий и повышением интереса к другим людям.

§ Четвертая (с начала 5го до конца 7го года) характеризуется появлением у ребенка интереса к кооперации и социальной дисциплине. Автор назвал ее «стадия кооперации и социальной дисциплины».

§ Пятая стадия (с 7 до 12 лет) включает в себя три главных компонента: кризисы с тенденцией к крайнему образу действий, утверждение и оформление «Я», пробуждение интереса к общественной жизни.

§ Шестая стадия (начиная с 12 лет) характеризуется тем, что ребенок становится членом социальной группы.

Возрастная периодизация А. Гезелла достаточно полно раскрывает особенности взаимоотношения ребенка с окружающим миром. Однако обращает на себя внимание неоднородность, пестрота возрастных критериев, недостаточно четкое вычленение главных признаков возрастного созревания. Выготский назвал периодизацию Гезелла «половинчатой» попыткой периодизации, с остановкой на полдороги при «переходе от симптоматического к сущностному разделению возраста» (Выготский, 1983/1984. с. 258).

Критикуя своих предшественников, Выготский разработал основные методологические принципы построения периодизации возрастного развития ребенка и подростка, которые имеют фундаментальное значение в психологии. Он трактует психическое развитие как диалектически противоречивый процесс, протекающий не эволюционным путем, а путем «перерывов непрерывности», в результате чего возникают качественно новые образования. Выготский также вводит в психологию понятие «возрастные новообразования» и рассматривает их как «новый тип строения личности и ее деятельности, те психические и социальные изменения, которые впервые возникают на данной возрастной ступени и которые в самом главном и основном определяют сознание ребенка, его отношение к среде, его внутреннюю и внешнюю жизнь, весь ход его развития в данный период» (там же, с. 248).

Анализируя динамику перехода от одного возраста к другому, Выготский выделяет устойчивые, или стабильные, возрасты, когда развитие совершается главным образом за счет микроскопических изменений личности ребенка, а затем скачкообразно обнаруживается в виде какого-либо возрастного новообразования. Он выделяет также и кризисные периоды, или кризисные возрасты, являющиеся переломными, поворотными пунктами в развитии.

Дальнейшие исследования по возрастной психологии показали, что главное значение возрастных кризисов в жизни человека состоит в перестройке особенностей его психического развития. Деятельностный подход отечественных психологов к проблеме периодизации психического развития предполагает, что каждый период развития личности ребенка характеризуется определенным типом ведущей деятельности. Именно в процессе деятельности наиболее полно реализуются возможности личности, и происходит формирование новообразований. Исходя из данных положений Д. Б. Эльконин (1971) разработал концепцию психологического развития человека от рождения до совершеннолетия. Он вычленил в развитии определенные эпохи, которые, в свою очередь, делятся на периоды и фазы.

Автор отмечает, что каждая эпоха включает в себя два периода:

- 1) усвоение и развитие мотивационнопотребностной сферы личности;
- 2) усвоение способов действия с предметами, т. е. формирование операционнотехнических возможностей.

Для каждого периода характерна определенная ведущая деятельность, которая обеспечивает формирование то мотивационнопотребностной, то операционнотехнической стороны развития. Противоречие между этими сторонами и выступает как движущая сила развития личности.

Б. Ф. Ломов (1984), анализируя концепцию Эльконина, подчеркивал, что изменяющиеся связи между мотивационнопотребностной и операционнотехнической сторонами деятельности являются существенными для развития личности, но они не раскрывают развитие ее взаимоотношений с другими людьми. Процесс общения является важным психологическим фактором в развитии личности.

В работах М. И. Лисиной (1974, 1986) раскрыты этапы формирования общения в онтогенезе и основные мотивы общения в дошкольном возрасте. Автор показала, что потребность в общении у ребенка развивается от простых форм (потребность в эмоциональных контактах) к все более сложным (сотрудничество, интимноличностное общение). С возрастом ребенка происходит смена мотивов общения.

Проблема периодизации психического развития ребенка достаточно широко представлена в работах зарубежных психологов.

Например, З. Фрейд (1995) выделяет восемь стадий развития в детском возрасте.

§ Первая (от рождения до 6 мес.) — «стадия первичного аутоэротизма».

§ Вторая (от 6 до 12 мес.) — «оральная стадия», когда ребенок «требует» грудь матери, захватывает объект.

§ Третья (от 1 года до 4 лет) — «садистическианальная стадия», характеризующаяся противопоставлением внешних предметов телу.

§ Четвертая (с 4 лет) — «фаллическая» или «генитальная» в зависимости от пола ребенка. Ее типичными проявлениями становятся идентификация «Я» и первые отношения противопоставления себя противоположному полу. В этот период развивается эдипов комплекс.

§ Пятая (с 5 лет) — «латентная фаза» — стадия организации психического аппарата. В этот период у ребенка происходит конструирование «Я», Оно и сверхЯ. Это самая длительная стадия, в течение которой создается социальное, моральное и логическое «Я».

§ Шестая (с 10 лет) — «стадия предпубертатности». Характеризуется вытеснением детских тенденций, сексуальной идентификацией и выбором предмета либидо. Этой стадии свойственна мастурбация и гомосексуализм.

§ Седьмая (с 14 лет) — «стадия пубертатная», отличается ростом либидо, устанавливающим окончательный выбор гетеросексуального объекта.

§ Восьмая (с 15 лет) — организации социального, интеллектуального и морального «Я».

Несмотря на преобладание пансексуализма в учении Фрейда, его возрастная периодизация заслуживает внимания психологовпрактиков, занимающихся проблемами полового развития и воспитания ребенка.

Современные зарубежные психологи пытаются модифицировать психоаналитическую теорию Фрейда, подчеркивая важное значение общества в развитии ребенка. Так, Э. Эриксон (1963) отмечает, что социальное влияние не противоречит природе ребенка, его жизненным импульсам, он подчеркивает гармоничность психофизиологических и социальных факторов в психическом развитии ребенка. В качестве основных стадий развития личности автор выделяет восемь стадий психосексуального созревания индивида.

Наиболее прогрессивные и глубокие исследования процесса развития и его периодизации принадлежат Ж. Пиаже. Все развитие от рождения до завершения подросткового возраста автор делит на четыре периода.

Первый — сенсомоторный (от рождения до 15 мес.). Второй — репрезентативный (от 2 до 8 лет). Третий — период конкретного интеллекта (от 9 до 12 лет). Четвертый — период логических операций (с 13 лет). Внутри каждого периода Ж. Пиаже выделяет подпериоды, обстоятельно излагая их содержательные характеристики. Исследуя качественное своеобразие стадий интеллектуального развития ребенка, Пиаже рассматривает их и дает им определение с функциональной и структурной сторон. В функциональном аспекте стадии оказываются сходными друг с другом, но по своим структурам они глубоко различны. Это различие возникает как результат преобразования предшествующих структур, выявляющий тип взаимодействия структур с окружающим миром. Переход от сенсомоторного к операциональному интеллекту Пиаже считает саморазвитием структур индивидуального взаимодействия ребенка с окружающим миром.

Анализ показывает, что трудности периодизации возрастного развития человека обусловлены множеством критериев развития психики человека. Это мотивационнопотребностная сфера, интеллект, психосексуальные особенности, эмоциональноволевая сфера и др.

Истинный процесс развития психики может быть раскрыт лишь в ходе изучения онтогенеза взаимодействия личности с окружающей средой в определенные возрастные периоды.

В работах Б. Г. Ананьева (1968) и его учеников на основе макрохронологического и микрохронологического анализов выделяются различные циклы, периоды, микропериоды в развитии личности. В результате комплексных психологических исследований раскрыты возрастные характеристики психофизиологических функций и психических процессов. Ананьев связывал изменяющиеся «меры времени» с разными внешними и внутренними факторами развития, с меняющимися и противоречивыми

соотношениями и взаимосвязями возрастных, типологических и индивидуальных особенностей человека в процессе его, жизни. Последовательность фаз психического развития и их разная длительность могут быть обусловлены разной скоростью протекания психических процессов, глубиной и сложностью их преобразований.

В биологических науках накоплены многочисленные данные о разновременности происхождения отдельных стадий, сроков достижения зрелости, оптимальных порогов в развитии отдельных систем и их компонентов как у животного, так и у человека. Не только отдельные функции, но даже их различные свойства и характеристики могут находиться в разных фазах своего развития за счет неодинаковой скорости и темпов развития.

В психологии в настоящее время также накоплен обширный эмпирический материал о несовпадении фаз развития различных сторон восприятия, памяти, мышления, способностей не только на ранних этапах, но и в позднем онтогенезе. Исследования показали, что гетерохрония в психическом развитии осуществляется в двух направлениях: за счет увеличения разнородности в темпах прохождения различных фаз разными системами и путем усложнения (ускорение или замедление) темпа развития всей системы в целом. Таким образом, временная структура психического развития выступает как проявление внутреннего развития психики.

Теоретические разработки Б. Г. Ананьева и его учеников подтвердились результатами многочисленных экспериментальных исследований в области психофизиологии, возрастной, медицинской и педагогической психологии.

Было выявлено, что противоречивость временной структуры развития личности усиливает внутреннюю противоречивость онтогенетической эволюции человека. Изучение микро и макрохронологических характеристик позволяет выявить качественные новообразования, движущие силы, временные параметры в психическом развитии человека. Исследование временных структур развития личности имеет особо важное значение при изучении психического дизонтогенеза.

Категория активности в онтогенезе

Широкое использование деятельностного подхода в отечественной психологии нередко подменяет другие методологические направления. На это обратил внимание Б. Ф. Ломов: «Понятие „деятельность" начинает поглощать все другие понятия, относящиеся к психике не только человека, но и животных. Беда, конечно, не в том, что один и тот же термин применяется к разным вещам (хотя бы и следовало разграничить эти вещи терминологически). Гораздо хуже то, что, опираясь на многозначность этого термина, его используют как основание концепций, в которых содержание понятия „деятельность", определенное для одного круга явлений, переносят (иногда без всяких изменений, иногда слегка трансформировав его) на другой, качественно иной круг явлений» (1984). Чрезвычайно широкое использование понятия деятельности в отечественной психологии придает ему некоторый универсальный характер, им нередко заменяют понятия активности и адаптации.

В конце 1980х годов в отечественной теоретической психологии стала разрабатываться категория активности. «Смысл введения категории активности заключается в том, чтобы представить развитие как процесс, имеющий свою собственную логику и закономерности, не выводимые из того, что составляет его необходимые предпосылки и условия» (Баженова, 1986, с. 9). Под активностью рассматривают меру взаимодействия личности с окружающим миром как интегральный индикатор успешности психического развития в онтогенезе.

И. А. Джидарьян (1988) рассматривает категорию активности в двух аспектах — как неспецифическую и специфическую. Неспецифическая связана с проявлением самой психики как активности. Специфическая активность связана с характеристикой особого качества психических явлений, она отражает не столько количественные, сколько качественные характеристики психических явлений. Методологическое значение понятия активности автор видит, прежде всего, применительно к активности субъекта деятельности. «В этом принципе учитывается не просто наличие у индивида определенного отношения (мотивация) к задачам, которые перед ним встают, но такого отношения, которое исходно требует от него осмысления, преобразования действительности, поиска собственных решений в соответствии с конкретными условиями и обстоятельствами жизнедеятельности, личной инициативы, „выхода" за пределы заданного, постановки и решения новых творческих задач» (Джидарьян, 1988, с. 87).

Внутри самой психической активности как всеобщей, универсальной характеристики психики в целом определяются различные уровни, формы, особенности. Анализ психической деятельности с точки зрения ее активнопассивных характеристик предполагает выделение отдельных форм и уровней активности, что является чрезвычайно актуальным при исследовании психологических проблем дизонтогенеза. Также это имеет существенное значение при изучении не только познавательных процессов, но и индивидуальнопсихологических и социальнопсихологических параметров. Особую актуальность приобретает категория психической активности при анализе адаптивных форм поведения. В исследованиях В. В. Аршавского и В. С. Ротенберга (1976) показано, что поисковая активность независимо от достигаемого эффекта улучшает психическую и психофизиологическую адаптацию, тогда как отказ от поиска ухудшает ее.

Таким образом, активность можно рассматривать как один из ведущих критериев прогрессивного развития личности. Введение этой категории психологического анализа способствует расширению наших представлений о закономерностях психического развития и позволяет полнее раскрыть его содержательную и формальнодинамическую стороны.

Категория адаптации в онтогенезе

Проблема взаимодействия личности и среды является чрезвычайно важной при анализе процесса психического развития. Особое место занимает в решении этой проблемы анализ не только активности личности, но и особенностей ее адаптации.

Понятие «адаптация» является ключевым в научном исследовании живого организма, так как именно механизмы адаптации, выработанные в результате длительной эволюции, обеспечивают возможность приспособления организма к постоянно меняющимся условиям окружающей среды. Благодаря процессу адаптации достигается гомеостатическое равновесие между организмом и средой. Поскольку организм и среда находятся не в статическом, а в динамическом равновесии, их соотношение меняется постоянно, и так же постоянно осуществляется процесс адаптации.

Существуют различные подходы к изучению психологических аспектов адаптации. Анализ адаптированной и дезадаптированной психической деятельности человека проводится в отечественной науке с двух различных точек зрения: во-первых, с чисто биологических позиций (биохимическое, генетическое, нейрофизиологическое направления), во-вторых, с социальной и психологической позиции. Второе направление характерно для психологии личности, педагогической, юридической и медицинской психологии, акмеологии и др.

Являясь центральным понятием биологии, понятие «адаптация» стало широко использоваться в последние годы в качестве теоретического понятия в психологических концепциях. Так, оно часто применяется при описании адаптационных реакций организма к экстремальным факторам среды (Г. Селье). В психологии оперируют понятием «социальнопсихологическая адаптация» (Бушурова, 1986; Реан, 1995 и др.), означающим психические феномены адаптации на уровне личности или индивида. В медицинской психологии и психофизиологии используется понятие «психическая адаптация» (Березин, 1988; Воробьев, 1993).

Наиболее полный и дифференцированный подход к проблеме психической адаптации представлен в работах Ф. Б. Березина. Автор рассматривает психическую адаптацию как процесс оптимального соотношения личности и окружающей среды в процессе осуществления деятельности индивидом. Это дает возможность индивиду удовлетворить актуальные потребности и реализовать себя, а также обеспечивает соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды.

Подход к проблеме адаптации как гомеостатическому уравновешиванию между индивидом и окружающей средой впервые был раскрыт в работах Жана Пиаже. В центр своей теоретической концепции Пиаже поставил определение природы интеллекта. Он рассматривал интеллект как определенную форму когнитивного поведения, функциональное назначение которого — структурирование отношений между средой и организмом. «Интеллект — это определенная форма равновесия, к которой тяготеют все структуры, образующиеся на базе восприятия, навыков и элементарных сенсомоторных механизмов. <...> Интеллект играет главную роль не только в психике человека, но и вообще в его жизни. Гибкое и одновременно устойчивое структурное равновесие поведения — вот что такое интеллект, являющийся по своему существу системой наиболее жизненных и активных операций» (Пиаже, 1969, с. 65). Рассматривая интеллект как самую совершенную форму психической адаптации, автор подчеркивает, что «в своих истоках он (интеллект) неотделим от сенсорномоторной адаптации в целом, так же как за ее пределами — от самых низших форм биологической адаптации» (там же, с. 66). Пиаже отмечал, что не только интеллект, но и все остальные биологические процессы и функции обладают адаптивной природой.

Рассматривая процесс адаптации как равновесие между организмом и средой, Пиаже выделяет внутри его два процесса — это ассимиляция и аккомодация. «Психическая ассимиляция есть включение объектов в схемы поведения, которые сами являются не чем иным, как канвой действий, обладающих способностью активно воспроизводиться» (там же). Аккомодацию автор рассматривал как приспособление схем поведения к определенной ситуации. «Можно было бы определить адаптацию как равновесие между ассимиляцией и аккомодацией или, что, по существу, одно и то же, как равновесие во взаимодействии субъекта и объекта» (там же, с. 67).

Принцип уравновешивания, адаптации субъекта и среды, введенный в психологию Пиаже, имеет существенное значение для психологического анализа онтогенеза и психического дизонтогенеза.

В дальнейших работах психологов и психиатров разрабатывалось и уточнялось понятие психической адаптации с позиции комплексного и системноструктурного подходов.

Анализ процесса психической адаптации в онтогенезе необходимо проводить в рамках комплексного подхода к человеку, успешно разработанного Б. Г. Ананьевым. Индивидуальный уровень анализа психической адаптации включает в себя изучение психофизиологических характеристик индивида. Личностный уровень анализа сопряжен с изучением структуры личности, мотивационной сферы, развития самосознания. На уровне индивидуальности исследуется гармония структурных характеристик личности как субъекта деятельности.

Ф. Б. Березин (1988) выделяет три уровня психической адаптации: социальнопсихологический, психологический и психофизиологический.

Использование комплексного подхода к анализу проблемы психической адаптации позволяет глубже исследовать закономерности ее формирования в онтогенезе, выделить значение внешних факторов в процессе индивидуального развития личности, показать роль каждого фактора в эффективности адаптационного процесса личности, проанализировать соотношение выявленных факторов на всех уровнях анализа (психофизиологическом, психологическом и социальнопсихологическом). Кроме того, исследование общих закономерностей адаптационного процесса позволяет углубить наши представления о психологических механизмах формирования психических функций при нормальном и аномальном развитии ребенка.

Кроме комплексного подхода к проблеме психической адаптации важное значение имеет системноструктурный анализ ее составляющих. В системном анализе, широко используемом в отечественной психологии начиная с работ Л. С. Выготского, основной упор делается на целостное понимание исследуемых объектов и раскрытие механизмов их интеграции. Принцип такого подхода требует выделения уровней в сложных системах. Являясь своеобразным методологическим инструментом изучения, системный подход позволяет объяснить качественные механизмы свойств целого (системы) и его частей (подсистем).

Система, обеспечивающая адаптированную психическую деятельность, как и любая другая функциональная система, представляет собой определенную совокупность подсистем, соединенных достаточно жесткими связями. Ю. А. Александровский (1993) рассматривает психическую адаптацию человека как результат деятельности целостной саморегулирующей системы, активности которой способствует не просто совокупность отдельных компонентов (подсистем), а их взаимодействие и «содействие», порождающее новые интегративные качества, не присущие отдельным образующим подсистемам. Принципиальным отличием функционирования системы психической адаптации человека от всех других самоуправляемых систем является наличие механизмов сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуальноличностная оценка природных и социальных воздействий на человека. Интеллектуальная активность человека направляет и оказывает решающее влияние на саморегулирующие процессы адаптации. Адаптированная психическая деятельность является важнейшим фактором физического и психического здоровья.

Системноуровневый подход к психической адаптации позволяет выделить ее основные характеристики — четкую иерархичность и динамичность. Иерархическая система психической адаптации состоит из нескольких определяющих подсистем. Ориентируясь на концепцию А. Р. Лурия (1973), мы выделяем три основные подсистемы, необходимые для психологического анализа психического дизонтогенеза: активирующую подсистему, включающую в себя активацию и регуляцию психического тонуса; когнитивную подсистему, обеспечивающую поиск, восприятие и переработку информации; программирующую подсистему, отражающую программирование, самоконтроль и саморегуляцию. Выделенные подсистемы тесно связаны между собой и принимают непосредственное участие в любом психическом акте человека.

Система психической адаптации отличается динамичностью и постоянно находится в развитии. Функциональные возможности ее различных подсистем и звеньев изменяются в связи с влиянием факторов как биологического, так и социального характера.

В исследованиях Л. С. Выготского и его учеников показана «межфункциональная» реорганизация всей структуры психической деятельности в онтогенезе, вследствие которой изменяется и адаптивная активность. На ранних этапах онтогенеза психическая деятельность человека имеет относительно элементарную основу и зависит от основной, базальной функции, затем она усложняется и начинает осуществляться при участии более высоких в структурном отношении форм деятельности. Например, в период младенчества деятельность ребенка в значительной степени зависит от регуляции психического тонуса, на последующих этапах определяющее значение в регуляции психической деятельности приобретают информационный и программирующий блоки.

Важным методологическим принципом при изучении процесса дезадаптации в онтогенезе и при различных вариантах психического дизонтогенеза является необходимость исследовать не только содержательные характеристики каждой подсистемы психической адаптации, но и динамику развития подсистем, иерархию их взаимосвязей в онтогенезе.

Психическую адаптацию как процесс оптимального соотношения личности и окружающей среды необходимо рассматривать как важный фактор личностного развития. Введение понятия психической адаптации в категориальный аппарат психологического исследования способствует углублению наших представлений о детерминирующих факторах и механизмах формирования личности в онтогенезе.

На основании вышеизложенного можно сделать несколько общих выводов.

Категория развития, являющаяся центральной в отечественной и зарубежной психологической науке, выступает как важный методологический принцип психологии. Понятие развития уточняется при онтогенетическом изучении психики, анализируется в зависимости от содержания и структуры деятельности субъекта.

Процесс развития в психологии рассматривается как сложный кумулятивный процесс. Каждая последующая стадия психического развития включает в себя предыдущую, трансформируясь при этом. Количественное накопление изменений подготавливает качественные изменения в психическом развитии.

Сам процесс психического развития включает в себя две противоречивые, но вместе с тем взаимосвязанные тенденции: дифференциацию и интеграцию психических процессов, состояний и свойств.

Процесс психического развития представляет собой целостное, системное и динамическое образование. Его специфика определяется тем, что он является биосоциальным процессом. В результате развития происходит смена его детерминант, связанная с изменением взаимосвязей биологических и социальных факторов.

Неравномерность и гетерохронность развития различных систем и регуляторов психики представляет собой не только проявление противоречий, но и важный фактор эволюции. При нормальном психическом развитии асинхронность развития отдельных функций способствует формированию сензитивных периодов.

Выделение стадий психического развития требует комплексного подхода, при этом необходимо учитывать как мотивационнопотребностные и операционально-технические аспекты деятельности, так и «отношенческий» аспект развития.

При анализе содержательной характеристики психического развития необходимо опираться не только на категории «сознание», «деятельность» и «общение» как фундаментальные категории в психологии, но и на категории «активность» и «адаптация». Это позволит углубить наши представления о закономерностях и специфических механизмах развития как особого психического явления.

Перечисленные выше основные методологические положения анализа онтогенетического развития являются важной теоретической базой при изучении психологических закономерностей и механизмов психического дизонтогенеза.

Исследование проблем дизонтогенеза в отечественной и зарубежной психологии

К проблеме аномального развития ребенка всегда проявляли большой интерес педагоги, врачи, психологи. Развитие медицинских и философских знаний способствовало научному пониманию процесса психического развития аномальных детей.

Большинство работ врачей и педагогов XIX века было посвящено психологии умственно отсталых детей. Эти больные были выделены из общей массы душевнобольных в отдельную группу. Многие психиатры и психологи того периода пытались разработать классификацию физиологических и социальных причин интеллектуального дефекта. Особая роль в изучении умственно отсталых детей принадлежит французскому врачу и педагогу середины XIX века Эдуарду Сегену. Он первый попытался вычленить наиболее существенные дефекты при умственной отсталости, подчеркнул определяющую роль нарушений волевой активности ребенка в формировании дефекта.

К сожалению, в отечественной дефектологии и психологии уделяется недостаточное внимание исследованиям этого великого ученого-гуманиста. Его работы отличаются актуальностью и в наше время. В своей монографии «Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно отсталых детей» Э. Сеген рисует идеальную картину учреждения, в котором такие дети воспитываются. Он отмечает важную роль социального воспитания глубоко отсталого ребенка, подчеркивает, что путь развития умственно отсталых детей лежит через сотрудничество, через социальную помощь другого человека (Сеген, 1903). Автор предлагал комплексный подход к воспитанию умственно отсталых детей. Им также были разработаны методики для диагностики перцептивного и умственного развития детей, которые имеют несомненное практическое значение и сегодня.

Например, «доски Сегена» широко используются психологами-практиками для исследования особенностей зрительного восприятия, моторики и зрительно-моторной координации.

П. Я. Трошин, автор первой в России монографии по сравнительному изучению нормальных и аномальных детей, вышедшей в 1916 году, исследовал различия в перцептивных, мнемических и мыслительных процессах у детей здоровых и у детей с умственной отсталостью. «По существу между нормальными и ненормальными детьми нет разницы, те и другие люди, те и другие дети, у тех и у других развитие идет по одним законам. Разница заключается лишь в способах развития» (Трошин П. Я., 1916, т. 1 с. 14). Эта мысль получила свое дальнейшее развитие в трудах Л. С. Выготского.

Гуманистическая направленность работ Э. Сегена и П. Я. Трошина получила продолжение в исследованиях зарубежных и отечественных психологов по изучению психического развития детей не только с умственной отсталостью, но и с другими дефектами.

Особый интерес представляют собой исследования особенностей психического развития нормальных и аномальных детей с позиции ассоциативной психологии (Э. Клаперед, М. Монтессори). Исследования М. Монтессори и сегодня являются актуальными и практически значимыми, несмотря на многочисленность их критических оценок. «Начало развития лежит внутри. Ребенок растет не потому, что он питается, не потому, что он дышит, не потому, что он находится в благоприятных условиях температуры: он растет потому, что заложенная в нем потенциально жизнь развивается и проявляется, потому, что он плодотворное зерно, из которого зародилась его жизнь и развивается, повинуюсь биологическим законам, предначертанным наследственностью» (Монтессори, 1986, с. 382). Отрицая возможность познания закономерностей развития ребенка и формирования его личности, М. Монтессори считает, что ребенку необходимо предоставить условия для самообучения и самовоспитания. Автор разработала целую систему специальных обучающих и «воспитывающих» игр, которые и сегодня не потеряли актуальность и весьма популярны в педагогической практике.

Качественное своеобразие личности ребенка с физическим дефектом и высокие компенсаторные возможности его психики отражены в исследованиях Адлера. «Разные органы и функции человеческого организма развиваются неравномерно. Человек либо начинает беречь свой слабый орган, усиливая другие органы и функции, либо упорно пытается развить его. Иногда эти усилия настолько серьезны и продолжительны, что компенсирующий орган или сам слабейший орган становятся гораздо более сильными, чем в норме. Например, ребенок со слабым зрением может натренировать себя в искусстве рассматривания, ребенок, прикованный к постели из-за болезни легких, — развить разные способы дыхания. Мы часто можем видеть детей, которые преодолели эти трудности и в процессе их преодоления развили необыкновенно полезные возможности» (Adler, 1932, p. 15).

В дальнейших своих исследованиях А. Адлер делает очень важный вывод о том, что представление о недостаточности у человека переходит из биологической плоскости в психологическую. «Не важно, есть ли в действительности какая-либо физическая недостаточность. Важно, что сам человек чувствует по этому поводу, есть ли у него ощущение, что ему чего-то не хватает. А такое ощущение у него, скорее всего, будет. Правда, это будет ощущение недостаточности не в чем-то конкретно, а во всем...» (ibid, p. 82). Это высказывание Адлера является ключевым в теории компенсации дефекта при аномальном развитии ребенка. Однако, подчеркивая роль самовосприятия человеком своего дефекта в дальнейшем его психическом развитии, автор пытается показать, что «ощущение недостаточности» у ребенка является определяющим фактором его дальнейшего психического развития. «...На протяжении всего периода развития ребенок испытывает чувство, что он уступает в чем-то как своим родителям, так и всему миру в целом. Вследствие незрелости его органов, его неопределенности и несамостоятельности, вследствие его потребности опираться на более сильные натуры изза часто возникающего болезненного ощущения подчиненности другим людям, в ребенке развивается чувство несостоятельности, которое затем выдает себя на протяжении всей жизни» (Adler, 1924, p. 13). «Быть человеком — значит ощущать свою недостаточность» (Adler, 1932, p. 82). Адлер подчеркивал, что ощущение недостаточности является мощным импульсом в дальнейшем индивидуальном развитии человека. «Ни одно человеческое существо не может долго выносить чувство несостоятельности, оно ввергает его в такое напряжение, что требуется хоть какое-нибудь действие».

Теория компенсации и сверхкомпенсации, разработанная А. Адлером, неоднократно подвергалась критике в отечественной психологии.

Л. С. Выготский писал: «Можно и должно не соглашаться с Адлером в том, что он приписывает процессу компенсации универсальное значение во всяком психическом развитии. Самое важное, что вместе с органическим дефектом даны силы, тенденции, стремления к его преодолению или выравниванию. Но какой бы исход ни ожидал процесс компенсации, всегда и при всех обстоятельствах развитие, осложненное дефектом, представляет творческий процесс (органический и психологический) созидания и пересозидания личности ребенка на основе перестройки всех функций...» (Выготский, 1983/1984, т. 5, с. 1112). Теория компенсации дефекта, предложенная Адлером, имеет важное значение в психологии. Однако не сам дефект является движущей силой развития личности, а социальная оценка личностью своего дефекта, ее социальная позиция, отношение к дефекту.

Проблемы нарушений в развитии ребенка в трудах Л. С. Выготского

Наиболее глубокие разработки в области аномального развития были сделаны выдающимся отечественным психологом Л. С. Выготским. Как отмечалось выше, еще до Выготского проводились многочисленные исследования в области дефектологии и специальной психологии, накапливался эмпирический материал об особенностях развития детей с различными физическими и психическими аномалиями. Следует отметить огромное научно-практическое значение исследований, где подчеркивалась роль социального воспитания в развитии аномального ребенка. Это работы А. Сегена, П. Я. Трошина, А. С. Грибоедова, А. Адлера и др. В работах М. Монтессори по изучению психомоторных функций У нормальных и аномальных детей представлен огромный фактический материал, отражающий сложность взаимосвязи отдельных функций, гетерохронность их развития. Эти работы имеют несомненную практическую значимость и сегодня.

Л. С. Выготский обобщил работы своих предшественников и создал общую концепцию аномального развития. В основу исследований аномального детства положена теория психического развития, которую Выготский разработал, изучая особенности нормального психического развития. Он показал, что наиболее общие законы развития нормального ребенка прослеживаются и в развитии аномальных детей. «Признание общности законов развития в нормальной и патологической сфере — краеугольный камень всякого сравнительного изучения ребенка. Но эти общие закономерности находят своеобразное конкретное выражение в одном и в другом случае. Там, где мы имеем дело с нормальным развитием, эти закономерности реализуются при одном комплексе условий. Там, где перед нами развертывается атипичное, уклоняющееся от нормы развитие, те же самые закономерности, реализуясь в совершенно другом комплексе условий, приобретают качественно своеобразное, специфическое выражение, не являющееся мертвым слепком с типичного детского развития» (Выготский, 1983/1984, т. 5, с. 196).

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

Идея социальной обусловленности развития специфических человеческих психических процессов и свойств неизменно содержится во всех работах автора. Не исключая бесспорность этой идеи, следует особо отметить ее практическую значимость: выделение важной роли педагогического воздействия в развитии психики ребенка как в норме, так и в патологии.

Идеи Л. С. Выготского о системном строении дефекта позволили ему выделить в аномальном развитии две группы симптомов. Это первичные нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (например, нарушение слуха, зрения, опорнодвигательного аппарата, локальные поражения коры головного мозга), и вторичные нарушения, возникающие опосредованно, в процессе социального развития аномального ребенка.

«Все современное психологическое исследование ненормального ребенка проникнуто той основной идеей, что картина умственной отсталости и других форм ненормального развития представляет в высшей степени сложное строение. Ошибочно думать, что из дефекта, как из основного ядра, прямо и непосредственно могут быть выделены все решительно симптомы, характеризующие картину в целом. На самом деле оказывается, что те особенности, в которых проявляется эта картина, имеют очень сложное строение. Они обнаруживают чрезвычайно запутанную структурную и функциональную связь и зависимость, в частности показывают, что наряду с первичными особенностями такого ребенка, вытекающими из его дефекта, существуют вторичные, третичные и т. д. осложнения, вытекающие не из самого дефекта, а из первичных его симптомов. Возникают как бы добавочные синдромы ненормального ребенка, как бы сложная надстройка над основной картиной развития...» (Выготский, 1983/1984, т. 5, с. 205). Вторичный дефект, по мнению автора, является основным объектом психологического изучения и коррекции при аномальном развитии. Механизм возникновения вторичных дефектов различен.

Анализируя причины аномального развития ребенка, Л. С. Выготский выделяет факторы, определяющие процесс аномального развития. В своих работах он показал, что удельный вес наследственных предпосылок и влияния среды различен как для разных сторон психики, так и для разных возрастных этапов развития ребенка. Например, анализируя простой двигательный акт новорожденного и его целенаправленные психомоторные действия, Л. С. Выготский отмечает, что в первом случае наблюдается преобладание биологических факторов, а во втором определяющее значение имеют факторы социальные.

Л. С. Выготский выделяет следующие факторы, определяющие аномальное развитие:

§ Фактор 1 — время возникновения первичного дефекта. Общим для всех видов аномального развития является раннее возникновение первичной патологии. Тот дефект, который возник в раннем детстве, когда не сформировалась вся система функций, обуславливает наибольшую тяжесть вторичных отклонений. Например, при раннем поражении зрения, интеллекта и даже слуха у детей наблюдается отставание развития моторной сферы. Ребенок поздно начинает ходить, у него обнаруживается недоразвитие мелкой моторики. У детей с врожденной глухотой наблюдается недоразвитие либо отсутствие речи. То есть при раннем возникновении дефекта нарушение хода психического развития ребенка значительно тяжелее, чем при более позднем. Однако сложная структура аномального развития не исчерпывается только отклонениями тех сторон психической деятельности, которые находятся в прямой зависимости от первично пострадавшей функции. В силу системного строения психики вторичные отклонения, в свою очередь, становятся причиной недоразвития других психических функций. Например, недоразвитие речи у глухих и тугоухих детей приводит к нарушению интерперсональных отношений, что, в свою очередь, негативно отражается на развитии их личности.

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

Системноструктурный анализ дефекта при аномальном развитии ребенка, предложенный Л. С. Выготским, позволяет оценить все многообразие аномального развития, выделить его определяющие и побочные факторы и на основе этого построить научно обоснованную психокоррекционную программу.

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

Анализ механизма формирования индивидуального сознания при нормальном и патологическом развитии, предложенный в концепции Л. С. Выготского о высших психических функциях, несомненно, обладает огромным теоретическим значением. Однако конкретизируя общие положения об определяющей роли социальных факторов в психическом развитии здорового ребенка, Выготский, на наш взгляд, недооценивает роль биологических, природных факторов в аномальном развитии. Безусловно, роль социальных факторов имеет несомненное значение в процессе социализации детей с нарушением анализаторов: зрения, слуха, движения. Но при нарушении интеллектуальной деятельности необходим дифференцированный подход с обязательным учетом структуры, динамики дефекта, соотношения аффективных и интеллектуальных процессов.

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

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

Проблемы индивидуального развития в эволюционной неврологии и психиатрии

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

В биологической и медицинской литературе широко используются такие понятия, как онтогенез и дизонтогенез. В общебиологическом плане онтогенез рассматривается как индивидуальное развитие растительного и животного организма от момента зарождения до конца жизни. Различают пренатальный (до рождения) и постнатальный (после рождения) онтогенез. Как отмечает В. В. Ковалев, важнейшей составной частью постнатального онтогенеза является психический онтогенез, т. е. психическое развитие индивида. Наиболее интенсивный психический онтогенез приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются отдельные психические функции и личность.

Большие возможности для анализа возрастных закономерностей патогенеза и клиники психических заболеваний у детей и "подростков дает теория периодизации, или этапности, индивидуального развития, разработанная отечественными физиологами" (Орбели, 1961; Волохов, 1983).

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

- 1) моторный, охватывает первый год жизни ребенка, когда происходит становление моторных функций, их совершенствование и дифференциация;
- 2) сенсомоторный, длящийся от одного года до 3 лет и являющийся основой для развития первичных целенаправленных движений и активных форм общения;
- 3) аффективный, длящийся от 3 до 12 лет;
- 4) идеаторный, предполагает развитие понятий, суждений и умозаключений.

Психическое развитие ребенка и подростка протекает неравномерно. Резкие количественные и качественные изменения наблюдаются в переходные возрастные периоды, или периоды возрастных кризисов. В клинике эти периоды обозначаются в возрасте 24 года, 68 лет и пубертатном возрасте 12-18 лет. В эти кризисные периоды в связи с нарушением относительного физиологического и психологического равновесия особенно часто возникают и выявляются различные нарушения психического развития — психический дизонтогенез (Ковалев, 1985).

В 1927 году Швальбе впервые ввел термин «дизонтогенез» для обозначения отклонений во внутриутробном развитии организма. В. В. Ковалев употребляет понятие «психический дизонтогенез», применяя его к нарушениям психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройств и созревания структур и функций головного мозга.

Психический дизонтогенез может быть обусловлен биологическими (генетическими, экзогенноорганическими и др.) патогенными факторами, неблагоприятными социальнопсихологическими средовыми воздействиями, а также разнообразными сочетаниями биологических и социальных факторов.

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

Под ретардацией авторы понимают запаздывание или приостановку психического развития. Различают общую (тотальную) и частичную (парциальную) психическую ретардацию. При частичной ретардации наблюдается приостановка или запаздывание в развитии отдельных психических функций. Нейрофизиологической основой парциальной ретардации является нарушение темпов и сроков созревания отдельных функциональных систем. Характерным признаком асинхронии является выраженное опережение в развитии одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительное отставание темпов и сроков созревания других. Это становится основой дисгармоничного развития психики в целом. Следует отличать асинхронию от физиологической гетерохронии, т. е. разновременности созревания церебральных структур и функций, что наблюдается при нормальном психическом развитии (Ананьев, 1968; Анохин, 1975; Рыбалко, 1990 и др.).

Г. К. Ушаков (1973) рассматривает несколько вариантов проявления асинхронии, приводящей к психическому дизонтогенезу. К ним автор относит ретардацию как отставание в развитии одной или нескольких функциональных систем. Например, у ребенка, страдающего олигофренией, навыки ходьбы, речи, мелкой моторики формируются значительно позже, чем у здорового ребенка. Асинхронией автор считает также акселерацию, когда одна или несколько функциональных систем развиваются с выраженным опережением. Кроме того, автор говорит о третьем варианте — это сложная асинхрония, где ретардация одних функций способствует акселерации других. Как в онтогенезе, так и в дизонтогенезе, асинхрония развития

психических функций наиболее заметна в периоды возрастных кризисов, когда начинается интенсивное формирование новых качеств психики индивида.

В. В. Ковалев кроме ретардации и асинхронии как основных типов психического дизонтогенеза выделяет еще третий тип, «связанный с механизмом высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервнопсихического реагирования» (Ковалев, 1985, с. 9). В основе этого типа дизонтогенеза лежит, по мнению автора, «преходящая физиологическая незрелость, а также временный возврат к незрелым формам нервнопсихического реагирования» (там же, с. 910). Под влиянием неблагоприятных условий среды (как биологических, так и социальных) может происходить задержка дальнейшего созревания «уже незрелых» структур и функций мозга. Это проявляется у ребенка в более ранних, примитивных формах нервнопсихического реагирования.

В исследованиях психологов и физиологов показано, что степень зрелости отдельных функциональных систем на определенных возрастных этапах значительно различается. Одни функциональные системы уже сформировались и в процессе онтогенеза незначительно модифицируются, тогда как другие только начинают формироваться. Именно в этом и заключается принцип терохронности, неодновременности развития функциональных систем, как было описано выше. Однако гетерохрония может наблюдаться и в пределах одной функциональной системы. В эволюционной физиологии доказано, что к моменту рождения, как правило, оказываются полностью сформированы лишь те функциональные системы, которые способствуют развитию жизненно важных функций организма. Но и они в процессе взаимодействия со средой претерпевают изменения, усложняются. Например, сосательный рефлекс у новорожденного можно вызвать лишь непосредственным раздражением ротовой полости. В дальнейшем рецепторная зона сосательного рефлекса увеличивается, формируются новые условнорефлекторные связи. Это подтверждается и исследованиями анатомов. Они показали, что к моменту рождения ребенка оказываются зрелыми лишь те волокна лицевого нерва, которые обеспечивают акт сосания. Система мимических движений формируется у ребенка позже.

Таким образом, каждая функциональная система и даже отдельные ее звенья имеют собственную программу развития. Но, несмотря на это, мозг работает как единое целое. Интегративная деятельность мозга предполагает теснейшее взаимодействие его различных систем, их взаимную обусловленность. «Наряду с гетерохронностью созревания отдельных функциональных систем необходима определенная синхронность в их взаимодействиях. В каждом возрастном периоде отдельные системы должны находиться в определенной степени зрелости, иначе не произойдет полного слияния систем в единый ансамбль» (Бадалян, 1983, с. 213). Развитие нервной системы ребенка, как подчеркивает Л. О. Бадалян, сопровождается не только появлением новых форм реагирования, но и угасанием старых, первоначальных автоматизмов. Запаздывание в угасании старых форм реагирования в ряде случаев препятствует усложнению рефлекторной деятельности, формированию новых межанализаторных связей.

Эволюционный подход в неврологии и психиатрии позволяет дифференцировано подойти к проблеме многих патологических расстройств у детей и

подростков и разработать научно обоснованную классификацию вариантов психического дизонтогенеза.

В отечественной и зарубежной психиатрии и патопсихологии описаны различные варианты психического дизонтогенеза. Так, Г. Е. Сухарева (1959) выделяет три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие. Л. Каннер (1955) называет два вида — это недоразвитие и искаженное развитие. Ludz (1968) выделяет пять типов нарушения психического развития: необратимое развитие, которое автор связывает с моделью олигофрении; дисгармоничное развитие с психопатией; регрессирующее развитие с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями; альтернирующее развитие, включающее состояния асинхронии развития; измененное развитие, наблюдаемое при шизофреническом процессе (по: Лебединский, 1985 с. 28).

Представленные авторами классификации вариантов психического дизонтогенеза в целом не исключают, а дополняют и уточняют друг друга. Однако для психологического анализа наиболее удобной, на наш взгляд, является классификация, предложенная В. В. Лебединским (1985). Автор выделяет шесть основных видов психического дизонтогенеза:

- 1) психическое недоразвитие,
- 2) задержанное психическое развитие,
- 3) поврежденное развитие,
- 4) дефицитарное развитие,
- 5) искаженное развитие,
- 6) дисгармоничное развитие.

В отличие от классификации Сухаревой, Лебединский добавляет еще три варианта дизонтогенеза: психическое недоразвитие, дефицитарное и дисгармоничное развитие. Преимуществом данной классификации является то, что она позволяет более дифференцированное подойти к анализу отдельных вариантов психического дизонтогенеза. Например, выделяется в отдельную группу психическое недоразвитие. Кроме того, она построена на основе качественного анализа нарушений развития, с выделением ведущих признаков нарушений в зависимости от времени возникновения дефекта, его тяжести и локализации. Хотя и в этой присутствуют некоторые недостатки, на что обращает внимание и сам автор. Например, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Особенно наглядно это проявляется при детском церебральном параличе, где можно наблюдать как дефицитарное, так и задержанное развитие, а в отдельных случаях и общее психическое недоразвитие. На наш взгляд, отнесение автором детского церебрального паралича к дефицитарному типу психического дизонтогенеза неверно. Это заболевание обусловлено поражением мозга, как правило, во внутриутробном периоде, и поражением центральной нервной системы и может проявляться у ребенка в задержанном, искаженном развитии, а иногда и в психическом недоразвитии. При ранней детской шизофрении, как отмечает и сам автор, можно наблюдать как задержанное психическое развитие, так и искаженное, а в некоторых случаях и поврежденное. Поэтому варианты психического дизонтогенеза необходимо

рассматривать не как самостоятельные образования, а как синдромы зномального развития, с выделением ведущего синдрома (Лебединский, 1985).

Основные направления психологической помощи детям с нарушениями в развитии.

Структура психологической помощи детям с проблемами в развитии

Трудности психологической реабилитации и адаптации детей с нарушениями в психическом развитии в значительной степени обусловлены сложной структурой и степенью тяжести их дефекта, что проявляется в своеобразных особенностях их умственного и эмоциональноволевого развития. Поэтому своевременная психологопедагогическая помощь им является одним из важнейших звеньев системы их реабилитации.

В настоящее время вопросы психологической помощи детям и подросткам с нарушением в развитии освещены далеко недостаточно. На практике различные психотехнические приемы нередко используются психологами и педагогами без учета формы заболевания, уровня развития интеллектуальных процессов и особенностей эмоциональноволевой сферы ребенка.

Отсутствие четко разработанных дифференцированных методов психокоррекции детей, неадекватный подбор психотехнических приемов отрицательно сказывается на психическом развитии ребенка, а также создает существенные трудности в работе педагогов и родителей.

Многолетний опыт нашей работы показывает, что правильно подобранные методы психологической помощи с учетом индивидуальнопсихологических особенностей детей и подростков с проблемами в развитии оказывают положительное влияние на динамику их умственного и личностного развития.

Мы рассматриваем психологическую помощь детям и подросткам с нарушениями в развитии как сложную систему психологореабилитационных воздействий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности ребенка с нарушением в развитии, формирование системы ценностных установок и ориентации, развитие интеллектуальных процессов, которые соответствуют психическим и физическим возможностям ребенка.

Важное значение имеет решение частных задач: устранение вторичных личностных реакций на имеющийся психический или физический дефект, неадекватный стиль семейного воспитания, госпитализм и др.

Существующие сегодня в мировой практике виды психологической помощи детям и подросткам чрезвычайно разнообразны. Они различаются по характеру решаемых задач специалистами, работающими с детьми и подростками: педагогов, дефектологов, социальных работников, врачей и др. Эти различия формируют ту или иную модель психологической помощи. Каждая из таких моделей опирается на собственную теоретическую базу и предопределяет используемые методы работы.

По своему характеру психологическая помощь может состоять:

1) в рекомендациях, связанных с дальнейшим обучением и воспитанием ребенка. Например, таких как направление в специальные или вспомогательные

школы, специальные детские сады, направление на дополнительные консультации у психоневролога, логопеда, психолога-консультанта другого профиля и т. д.;

2) в рекомендации методов воспитания, обучения; в) рекомендации по профессиональной ориентации подростков; г) в определении готовности ребенка к школьному обучению и выявлении причин трудностей в учении; д) в осуществлении психотерапевтических и психокоррекционных воздействий.

Все указанные виды помощи являются психологическими в том смысле, что они нацелены на проблемы, вызванные психологическими причинами, и основаны на психологическом воздействии. Так, например, помощь в устройстве умственно отсталого ребенка во вспомогательную школу, казалось бы, не содержит в себе ничего психологического, а относится, скорее, к сфере медицины и специальной педагогики. Однако это не так:

§ в первых, как правило, объектом помощи оказывается прежде всего родитель, который может остро переживать отставание в умственном развитии своего ребенка или не замечать его и сопротивляться переводу ребенка во вспомогательную школу;

§ во вторых, определение степени и причин умственной отсталости основано на психологических знаниях развития ребенка и требует психологических методов диагностики аномалий развития.

Психологическую по своему характеру помощь далеко не всегда оказывают сами психологи. Среди специалистов, деятельность которых связана с определением такой помощи, могут быть врач-психиатры, психотерапевты, психоневрологи, педагоги, социальные работники.

В связи с этим авторы выделяют несколько моделей психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии (Сб. Семья в психологической консультации. М., 1989).

Педагогическая модель включает в себя оказание помощи родителям в воспитании детей. Педагог-консультант анализирует вместе с родителями сложившуюся ситуацию и вырабатывает программу мер, направленных на ее изменение.

Диагностическая модель. Как правило, объектом диагностики оказываются дети или подростки с отставанием в развитии, с трудностями в учебе, с отклонениями в поведении. Причем сам процесс диагностики является комплексным и предполагает участие группы специалистов для осуществления медицинской, педагогической или психологической диагностики. Диагностическая модель широко используется в медико-психолого-педагогических комиссиях, где рассматривается вопрос о дальнейшем обучении ребенка.

Социальная модель помощи чаще используется в семейной консультации. Такого рода помощью может быть, например, знакомство родителей детей с проблемами в развитии друг с другом с целью общения, знакомство родителей с имеющимися в городе социальными службами, например родительские ассоциации, семейный клубы и др.

Медицинская модель помощи предполагает усилия специалистов, направленные на лечение, реабилитацию детей с проблемами в развитии, а также на психическую адаптацию здоровых членов семьи к особенностям больного ребенка.

И, наконец, психологическая модель помощи, опираясь на закономерности психического развития ребенка и подростка, предполагает анализ особенностей формирования познавательных процессов и личности ребенка или подростка с проблемами в развитии и разработку адекватных методов психологического воздействия, т. е. оказание всесторонней психологической помощи.

Система психологической помощи детям и подросткам с проблемами в развитии состоит из следующих составляющих:

Психологическая помощь детям с проблемами	Психодиагностика	Психопрогностика
	Психологическое консультирование	
	Психокоррекция	
	Психологическая поддержка	

Блоки этой системы взаимосвязаны, но каждый из них имеет свою специфику и содержательную направленность.

Психологическая помощь детям и подросткам с проблемами в развитии существенно отличается от помощи здоровым детям и взрослым как по целевой направленности, так и по организации и динамике процесса.

В процессе психологической помощи детям с проблемами в развитии необходимо учитывать сложную структуру, специфичность их развития, характер сочетания в картине их состояния биологических и социальных факторов развития, особенности социальной ситуации развития, степень выраженности изменений личности в связи с заболеванием, особенности межличностного общения в семье и в социуме.

Психологическую помощь можно рассматривать двупланово: в широком и узком смысле этого понятия.

В широком смысле психологическая помощь является системой психологических воздействий, нацеленных на исправление имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств.

В узком смысле психологическая помощь — это один из способов психологического воздействия, направленный на гармонизацию развития личности ребенка, его социальной активности, адаптации, формирование адекватных межличностных отношений.

Сложность и своеобразие психики ребенка с проблемами в развитии требует тщательного методологического подхода к процессу психологической помощи.

Разработка принципов как основополагающих отправных идей незаменима в теории и практике психологической помощи.

Чрезвычайно важен принцип личностного подхода к ребенку с проблемами в развитии. В процессе психологической помощи не учитывается какая-то отдельная функция или изолированное психическое явление, например низкий уровень

интеллекта, а личность в целом со всеми ее индивидуальными особенностями. Основоположник клиентцентрированной терапии известный американский психотерапевт Роджерс выделил три основных направления этого принципа:

- 1) каждая личность обладает безусловной ценностью и заслуживает уважения как таковая;
- 2) каждая личность в состоянии быть ответственной за себя;
- 3) каждая личность имеет право выбирать ценности и цели, принимать самостоятельные решения.

Психолог должен принимать любого ребенка и его родителей как уникальных, автономных индивидов, за которыми признается и уважается право свободного выбора, самоопределения, право жить собственной жизнью.

Второй принцип — это каузальный принцип. Психологическая помощь детям с нарушениями в развитии должна быть больше сконцентрирована не на внешних проявлениях отклонений в развитии, а на действительных источниках, порождающих эти отклонения. Реализация этого принципа способствует устранению причин и источников отклонений в психическом развитии больного ребенка. Сложная иерархия отношений между симптомами и их причинами, структура дефекта определит задачи и цели психологической помощи.

Третий принцип — это принцип комплексности. Психологическую помощь можно рассматривать только в комплексе клиникопсихологопедагогических воздействий. Ее эффективность в значительной степени зависит от учета клинических и педагогических факторов в развитии ребенка. Например, психолог должен владеть полной информацией о причинах и специфике его заболевания, предстоящей тактике лечения, сроках госпитализации, перспективах медицинской реабилитации. Кроме того, психолог должен контактировать с медицинским и педагогическим персоналом стационара, использовать педагогические характеристики.

Четвертый принцип — принцип деятельностного подхода. Психологическая помощь должна осуществляться с учетом ведущего вида деятельности ребенка. Если это дошкольник, то в контексте игровой деятельности, если школьник, — то в учебной. Кроме того, необходимо ориентироваться также на тот вид деятельности, который является лично значимым для ребенка и подростка. Это особенно важно при работе с детьми и подростками с выраженными эмоциональными нарушениями. Эффективность психологической помощи в должной мере зависит от использования продуктивных видов деятельности ребенка. Например, рисования, конструирования и других.

Психологическое консультирование и его основные задачи

Одним из основных видов в системе психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии является психологическое консультирование.

Консультация (от лат. *consultatio*) означает совет специалиста по какому-либо вопросу.

Существующие сегодня в мировой практике виды консультативной психологической помощи детям и подросткам чрезвычайно разнообразны. Они различаются по характеру решаемых задач специалистов, работающих с детьми и подростками: педагогов, дефектологов, социальных работников, врачей и др. Эти различия формируют ту или иную модель психологической помощи.

Каждая из таких моделей опирается на собственную теоретическую и предопределяет используемые методы работы.

Важным звеном психологической помощи детям и подросткам с проблемами в развитии является психологическое консультирование, которое представляет собой систему, состоящую из следующих основных блоков:

- 1) Гностический блок.
- 2) Конструктивный блок.
- 3) Организационный блок.
- 4) Оценочный блок.

Выделенные нами блоки тесно взаимосвязаны и отражают динамику консультативного процесса.

Задачи гностического блока многогранны и зависят от проблем консультируемых.

Знакомство с родителями и ребенком в рамках психологического консультирования начинается с первой встречи. Оно достаточно коротко, т. е. укладывается в традиционные 45-90 минут. Во время этой встречи психолог выслушивает жалобы родителя, а также составляет впечатление о нем и ребенке на основе их поведения и характере общения с психологом. Эти два источника информации являются основными диагностическими данными в рамках первичной психодиагностики.

На первых этапах консультирования психолог должен сориентироваться в мотивах обращения родителей. Традиционно выделяются три основные мотивационные ориентации у родителей:

1. Деловая ориентация, которая существует в двух формах: а) адекватная деловая ориентация, когда родитель искренне заинтересован в решении своей проблемы и полностью доверяет психологу; б) неадекватная деловая ориентация. Эта ориентация отличается от предыдущей тем, что родитель преувеличивает возможности консультанта.

2. Потребительская ориентация, когда родители все свои проблемы перекалывают на консультанта-психолога и ориентированы на быстрое их решение.

3. Игровая ориентация, когда родители обратились к консультанту не с целью решения своих проблем, а с целью установить определенные отношения с консультантом, проверить его компетентность. Такая ориентация встречается у родителей, которые проявляют большой интерес к психологии, считают себя «специалистами» в этой области. Нередко с такой ориентацией родителей сталкиваются молодые специалисты или наоборот, высоко профессиональные консультанты. Например материально обеспеченные родители считают обязательным проконсультироваться у крупного светила, чтобы потом иметь возможность рассказать об этом друзьям и знакомым.

Нередко родители обращаются к психологу с готовой моделью желаемого результата и настаивают на ее осуществлении. Например, с просьбой оценки интеллекта ребенка. «Обследуйте его и докажите, что он может обучаться по массовой программе». В таких случаях психолог всегда сталкивается с принципиально важной задачей: точно и адекватно оценить истинное содержание и значение подобных жалоб и просьб. Каждый из таких случаев требует кропотливого анализа, позволяющего психологу понять неосознаваемые родителями мотивы обращения к психологу.

Важное значение в эффективности консультативного процесса играет психологический анализ жалоб родителей.

Опыт нашей многолетней работы показывает, что при обращении к консультанту-психологу наблюдаются следующие варианты жалоб:

§ на отставание в психическом развитии ребенка;

§ на особенности поведения ребенка;

§ на плохую успеваемость в школе;

§ на эмоциональное развитие ребенка (страхи, тревожность);

§ на индивидуальные психические особенности (замкнутый, лживый, свехобщительный и др.).

Среди перечисленных жалоб нередко встречаются необоснованные, которые можно разделить на две категории: частично необоснованные и абсолютно необоснованные.

Частично необоснованные жалобы, как правило, обусловлены психологической безграмотностью родителей. Например, родители жалуются на плохую успеваемость ребенка в связи с предвзятым отношением учителя к нему. У ребенка действительно наблюдается школьная неуспеваемость, но она обусловлена не «плохим отношением педагогов», а задержкой в психическом развитии.

В случае абсолютно необоснованных жалоб нередко возникает вопрос о психологических особенностях самих родителей, и их жалобы на ребенка могут быть своеобразной проекцией свод их личностных проблем. Например, родитель жалуется, что ребенок агрессивный, но это не подтверждается в процессе консультирования и сама жалоба является отражением неадекватного родительского отношения к ребенку.

По направленности можно выделить два вида жалоб:

§ направленные на конкретный субъект, например жалобы на ребенка, на свекровь, на учителей и т. п.;

§ содержательные жалобы: на нарушение развития, на поведение ребенка, на особенности его межличностных контактов и др.

На первых этапах консультирования психолог может столкнуться со скрытым, содержанием жалоб. Это нередко обусловлено неподготовленностью родителя к беседе с психологом, волнением. Очень важным является правильно поставленный вопрос психолога с целью перевода скрытого содержания жалоб в явное. Правильно поставленный психологом вопрос способствует формированию положительного отношения родителей к специалисту.

Эффективность информации, получаемой при первой встрече, в значительной степени зависит не только от правильно поставленных вопросов, но и от умения психолога анализировать спонтанные высказывания в ходе общения психолога с родителями и родителей с ребенком.

Итак, для первичного психологического заключения необходимо: определение содержания и структуры жалобы, выявление явного и скрытого содержания жалобы в рамках этой структуры и анализ подтекста жалобы.

Неотъемлемой составляющей гностического блока в процессе консультирования является психологическая диагностика детей с проблемами в развитии. Диагностика начинается уже при изложении основных жалоб и причин обращения к психологу.

Одним из решающих факторов, сопутствующих эффективности консультирования на данном этапе, является установление консультативного контакта. Формирование такого контакта начинается с первой встречи психолога с ребенком и его родителями. Основой формирования эффективного контакта являются сформулированные Роджером (Rogers, 1951) принципы клиентцентрированной терапии. И ребенок, если позволяет его возраст, и родители должны почувствовать, что они выслушаны и поняты. В процессе консультативного контакта необходимо установить обоюдное доверие между психологами и клиентами, и, как справедливо отмечает Роджерс, психологу необходимы такие личностные качества, как искренность, эмпатия и безусловное уважение к людям.

В исследованиях George и Cristiani выделены шесть основных параметров консультативного контакта: эмоциональность, интенсивность, динамичность, конфиденциальность, направленность на поддержку, добросовестность. Характер консультативного контакта в значительной степени зависит также от теоретической ориентации консультанта (George, Cristiani, 1990).

Итак, основная функция первой встречи психолога с ребенком и его родителями — это установление консультативного контакта и диагностическая ориентировка (первичная психодиагностика)

Важным моментом первичной психодиагностики является анализ поведения родителя, обратившегося на консультацию. Перед психологом стоит задача правильного анализа не только вербальной информации (жалоб), но и невербальные выразительные средства: поза, мимика, жесты, темп речи и др.

Разнообразная информация, извлеченная из первой беседы с родителями, требует соответствующего обобщения. В целях практического удобства обобщение можно проводить в виде выделения ведущих психологических синдромов, включающих специфические характеристики сюжета жалоб, особенности их подтекста, а также ряда дополнительных неспецифических поведенческих проявлений. Следует помнить, что психологические синдромы представляют собой первоначальные гипотезы, которые проверяются и уточняются в дальнейшей работе с ребенком и родителями.

Психологическая диагностика детей с отклонениями проводится в следующих направлениях.

1. Проанализировать степень обоснованности жалоб родителей на поведение и развитие ребенка. Решение этой диагностической задачи во многом предопределяет диагностику родительского отношения к ребенку и характер дальнейшей работы с родителями.

2. Если жалобы родителей полностью или частично обоснованы, необходимо оценить состояние психического развития ребенка, выявить и квалифицировать дефект развития, его природу.

3. На основании решения первых двух задач сформулировать дальнейшие диагностические цели (личностная характеристика родителей, родительского отношения и взаимоотношений с ребенком, отношений в семье в целом, отношений ребенка вне семьи), а также определить направление консультативной работы с родителями и психокоррекционной работы с ребенком.

Необоснованность жалоб родителей может определяться следующими факторами: психологическая неграмотность родителей, искажение родительских отношений, психопатология родителей.

В случаях необоснованных жалоб психологическое консультирование должно быть направлено на родителей.

Например, мать трехлетней Кати К. обратилась к психологу с жалобами на странное поведение девочки: «В процессе игры держит куклу между ног, производит странные телодвижения, во время засыпания держит руки под одеялом, постоянно просится в комнату, где спят родители, и проч.». Проведенное психологическое исследование не выявило никаких отклонений в психическом развитии. Игровая деятельность соответствует возрастной норме, в процессе игры с куклой и другими игрушками действий, описанных матерью, у девочки не наблюдалось. Отмечается высокая познавательная активность, длительная сосредоточенность на задании.

Матери была оказана психологическая помощь, суть которой заключалась в осознании жалоб на девочку и требований к ней, в повышении общей эмоциональной чувствительности к ребенку, в расширении арсенала родительских средств общения. Кроме того, психолог обратила внимание матери на специфику ее взаимоотношений с мужем (муж страдает запоями, отмечается супружеская дисгармония). Было рекомендовано родителям обратиться к специалистусексологу (с целью гармонизации их интимных отношений).

Основной задачей конструктивного блока психологического консультирования является проектирование консультативного процесса, отбор средств и методов консультирования с учетом интеллектуального и психического потенциала ребенка или подростка с нарушением в развитии.

В зависимости от результатов первичной диагностики в процессе консультирования может быть поставлен вопрос о специальной диагностике, если некоторые проблемы остаются неразрешимыми.

Следует подчеркнуть нецелесообразность применения единых стандартных тестов, особенно на начальных этапах консультирования. Это может привести психолога к избытку информации. Сбор избыточной информации затрудняет консультативный контакт. Кроме того, психодиагностическое исследование — это трудоемкий длительный процесс и может вызвать негативное отношение у ребенка к психологу.

Подбор методических средств в психодиагностике детей с проблемами в развитии зависит от структуры, степени тяжести и специфики дефекта у ребенка. Можно использовать психометрические, нейропсихологические, патопсихологические методы исследования, направленные на изучение гностических процессов, эмоциональноволевой сферы, работоспособности, двигательных и речевых функций. Процесс психологической диагностики детей с нарушениями в развитии рекомендовано разделить на следующие направления: психологическая диагностика развития моторных функций, сенсорных функций, мнемических, интеллектуальных, а также — особенностей мотивационнопотребностной сферы и индивидуальноличностных характеристик.

Клиникопсихологическое обследование детей с проблемами в развитии является чрезвычайно сложным. Это может быть обусловлено двигательной патологией, а также наличием у большинства детей интеллектуальных, речевых и сенсорных нарушений. Поэтому обследование детей с проблемами в развитии должно быть направлено на качественный анализ полученных данных.

Задания, данные ребенку, должны быть не только адекватны его хронологическому возрасту, но и уровню его сенсорного, моторного и интеллектуального развития. Сам процесс обследования необходимо проводить в форме игровой деятельности, доступной ребенку.

Основной целью организационного блока психологического консультирования детей и подростков с нарушениями в развитии является последовательная реализация планов решаемых проблем.

Это достигается с помощью решения следующих конкретных задач:

§ активизация каждого участника консультативного процесса;

§ обучение участников консультирования (дети—родители) умению объективизировать и правильно осознавать имеющиеся психологические проблемы и принимать альтернативные решения в достижении поставленной цели;

§ установление оптимально доверительных взаимоотношений у всех участников консультативного процесса (родитель—психолог—ребенок).

Важным для реализации этих задач является положительный настрой родителей и детей как на процесс консультирования, так и психолога. Особые трудности наблюдаются при работе с детьми и родителями, которые негативно и даже враждебно настроены на процесс консультирования. Причины враждебного отношения детей к психологу могут быть разными. Чаще всего некоторые родители имеют неадекватные представления о задачах психологического консультирования. При направлении ребенка на консультацию к психологу врачом или учителем переживают, что их ребенок «не такой, как все», «странный», «неудачник» или даже «психически неполноценный». Нередко родители путают психолога с психиатром, и негативный опыт общения с психиатром отрицательно сказывается на консультативном контакте с психологом.

Например, мать Тани С., девочки, страдающей умственной отсталостью, категорически отказывалась проконсультироваться у психолога, утверждая, что ей не хочется лишний раз услышать, что ее дочь неполноценная. Девочка была проконсультирована врачом-психиатром, который в резкой форме заявил матери, что ребенок умственно отсталый и никогда не станет таким, как все «нормальные» дети.

Такие установки возникают чаще всего у родителей, имеющих детей с тяжелыми формами нарушений в психическом развитии. Перед психологом стоит важная задача понять причины такого отношения и смягчить эмоциональный дискомфорт у родителей в связи с тяжелой болезнью ребенка. Этого можно достигнуть путем проведения следующих мероприятий:

а) организация знакомства родителей детей с тяжелыми психическими и физическими проблемами друг с другом с целью взаимной поддержки;

б) активное вовлечение родителей в психодиагностический процесс. Опыт нашей работы показывает, что родитель, включаясь в психодиагностический процесс, способен более адекватно оценить потенциальные возможности ребенка.

Нередко сам психолог может спровоцировать враждебность у ребенка длительным, бессистемным тестированием, авторитарным стилем беседы и др. Психолог должен помнить, что враждебность ребенка носит защитный характер и за враждебностью и подозрительностью скрывается тревожность. В таких случаях необходимо помочь ребенку разобраться в его подлинных чувствах и тем самым трансформировать враждебность. С этой целью используются разнообразные игровые методы, доступные ребенку, которые способствуют адекватному отражению чувств и переживаний.

Гораздо чаще в процессе консультирования встречается скрытая враждебность к психологу со стороны родителей. Большинство таких родителей не готовы к идентификации своих проблем, и психолог должен помочь родителям вербализовать свои переживания, открыто выразить их, так как любые невыраженные сильные эмоции, особенно отрицательные, затрудняют процесс консультирования.

Анализ психического развития ребенка в сопоставлении с жалобами родителей позволяет психологу подготовить основания для выводов, рекомендаций, формулирования психокоррекционных программ. Психолог использует различные способы и формы консультативной работы в зависимости от проблем клиентов и поставленных задач.

Если психолог сталкивается с психологической неграмотностью родителей, то, перед тем как предоставить родителям соответствующую информацию о ребенке, он должен их подготовить к ее восприятию. Психолог высказывает свое мнение о ребенке, отвечает на вопросы родителей и информирует их о разных аспектах обсуждаемых проблем.

В процессе консультирования детей с проблемами в развитии мы нередко сталкиваемся с искаженным родительским отношением к ребенку, что проявляется в неадекватных стилях семейного воспитания. Перед психологом стоит задача изменения родительского отношения к ребенку. Как правило, единичных консультаций в таких ситуациях далеко недостаточно и ребенок вместе с родителями включается в психокоррекционную работу.

Бывают случаи, когда родители не понимают цели психологического консультирования и обращаются к психологу с просьбой выписать лекарство, лечить ребенка и т. д. Таким родителям рекомендовано обратиться к другим специалистам.

Целью оценочного блока является обобщение достигнутых результатов в процессе консультирования и обсуждение совместно с родителями дальнейших планов работы.

Психологическое консультирование — это первая ступень в системе психологической помощи детям с проблемами в развитии.

Представленная модель отражает динамику консультативного процесса, однако реальный процесс консультирования значительно обширнее и не всегда подчиняется данному алгоритму. Выделенные нами блоки условны, так как в практической работе их взаимосвязь значительно сложнее, чем в изложенной схеме.

В процессе консультирования важным является объект консультирования (ребенок с нарушениями в развитии и его семья), а также профессиональная компетенция психолога-консультанта и его личностные качества. От формы и степени тяжести психического или физического дефекта ребенка зависит специфика консультативного процесса и его результативность.

Психологическая коррекция в системе психологической помощи детям с проблемами в развитии

Психологическая коррекция является одним из важных звеньев в системе психологической помощи детям с различными нарушениями нервнопсихического развития. Однако несмотря на высокую практическую значимость, теоретические и методологические проблемы психологической коррекции недостаточно разработаны в отечественной психологии. В настоящее время существует множество противоречивых взглядов на проблему психокоррекции. Не уточнено понятие

«психокоррекция», не раскрыты ее основные направления и механизмы воздействия при различных вариантах дизонтогенеза у детей и подростков.

В литературе достаточно подробно описаны многие психокоррекционные техники, особенно зарубежные. Например, нейролингвистическое программирование, психотехнические игры, эмоционально-волевые тренировки и т. п. Но при всем многообразии описанных технических приемов не учитывается самое главное — субъект психологического воздействия. В результате бездумное использование многообразных психотехнических приемов может оказывать негативное влияние на психическое состояние ребенка, а в некоторых случаях и спровоцировать нервнопсихическое расстройство.

Термин «коррекция психического развития» впервые использовался в дефектологии как один из вариантов психологопедагогической помощи аномальным детям. Он означал совокупность педагогических воздействий, направленных на исправление недостатков, отклонений в развитии аномального ребенка.

По мере развития прикладной психологии понятие «коррекция» стало все шире использоваться и при нормальном психическом развитии ребенка. Это обусловлено тем, что важной задачей обучения и воспитания ребенка является повышение его творческого и интеллектуального потенциала, всестороннего развития личности. В связи с этим произошли принципиальные изменения характера задач и адресата коррекционных воздействий — от исправления дефектов при аномальном развитии до создания оптимальных возможностей и условий для психического развития здорового ребенка.

Учитывая широкий спектр применения понятия психологической коррекции, существует много разногласий в необходимости его использования. Например, некоторые авторы рассматривают психологическую коррекцию как способ профилактики нервнопсихических нарушений у детей (А. С. Спиваковская). Другие — как метод психологического воздействия, направленный на создание оптимальных возможностей и условий развития личностного и интеллектуального потенциала ребенка (Г. В. Бурменская, О. А. Карабанова, А. Г. Лидере) или совокупность психологических приемов, используемых психологом для исправления психологии или поведения психически здорового человека (Р. С. Немов).

В патопсихологии и в специальной психологии психокоррекция рассматривается как один из способов психологического воздействия, направленный на выравнивание при отклонениях в психическом развитии ребенка.

Нередко понятие «психологическая коррекция» подменяется понятием «психотерапия». Психотерапия (от греч. *psyche* — душа и *therapeia* — уход) — это система специально организованных методов лечебного воздействия. Психокоррекция, как явствует из данного термина, направлена на исправление тех или иных расстройств.

И психокоррекцию, и психотерапию мы можем рассматривать как способ психологического воздействия. Ряд авторов рассматривают различия между психотерапией и психокоррекцией в сферах их применения. Если психотерапия в основном применяется в клинике неврозов и психосоматических заболеваний, то психокоррекция широко используется в психиатрической клинике (В. П. Критская, Т.

К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков). Другие авторы подчеркивают широкое применение психокоррекции как при решении собственно лечебных психотерапевтических задач, так и с целью гигиены и профилактики (Р. А. Зацепицкий, Г. Л. Исурина). «Чем большее значение имеют психологические и социальнопсихологические факторы в развитии того или иного вида нарушений,— пишет Г. Л. Исурина,— тем больший удельный вес приобретают метод психологической коррекции» (с. 250).

А. А. Осипова выделяет специфические черты психологической коррекции: ориентация на клинически здоровых людей; ориентация на здоровые стороны личности; ориентация на среднесрочную помощь, в отличие от краткосрочной; направленность на изменение поведения и развития личности.

Нельзя согласиться с автором, что объектом психокоррекции, в отличие от психотерапии, могут быть только клинически здоровые лица.

Объектом психокоррекционных воздействий могут быть как здоровые, так и больные люди. Поэтому следует дифференцировать психологическую коррекцию нормального развития и коррекцию аномального развития, отягощенного биологическими факторами отклонений в развитии. Коррекцией аномального развития занимаются медицинские психологи, пато и нейропсихологи. Каждая форма аномального развития имеет свою специфику целей, задач и методов коррекции. Например, при психических заболеваниях у детей (синдром раннего детского аутизма, шизофрении и др.) психологическая коррекция направлена на эмоциональную стимуляцию ребенка, на развитие его коммуникативных функций, формирование социальной активации. При соматических заболеваниях у детей основной задачей является коррекция самооценки, выработка более адекватных и гибких форм реакций на заболевание, совершенствование личностного контроля, восстановление у ребенка коммуникативных навыков. У детей с задержкой психического развития, в зависимости от формы задержки, коррекционная работа направлена на стимуляцию их познавательной активности, развитие ориентировочной основы деятельности, контроля, оптимизацию мнемотических и интеллектуальных функций.

В процессе психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии необходимо учитывать сложную структуру особенностей развития ребенка, характер сочетания в картине его состояния таких факторов, как социальная ситуация развития, изменения личности, связанные с заболеванием.

Учитывая вышесказанное, психологическую коррекцию можно рассматривать в широком и узком смысле этого понятия. В широком смысле мы рассматриваем психологическую коррекцию как комплекс клиникопсихологопедагогических воздействий, направленных на выявление и ликвидацию имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств. В узком смысле психологическая коррекция рассматривается как метод психологического воздействия, направленный на оптимизацию развития психических процессов и функций и на гармонизацию развития личностных свойств.

В зависимости от характера диагностики и направленности коррекции, Д. Б. Эльконин предлагал различать две формы коррекции: симптоматическую, направленную на симптомы отклонений в развитии, и коррекцию, устраняющую источник и причины отклонений в развитии. Симптоматическая коррекция,

безусловно, имеет существенные недостатки, так как симптомы отклонений в развитии имеют различные причины и вследствие этого различную психологическую структуру нарушений в развитии ребенка или подростка.

Например, для ребенка, страдающего энурезом (недержание мочи), могут быть полезны специальные релаксирующие упражнения, помогающие убрать этот дефект. Однако нередко особенно в экстремальных ситуациях эти явления у ребенка могут повторяться, несмотря на успешность психокоррекции в целом. Такой способ психологической коррекции является недостаточным, если мы не знаем истинную причину, порождающую энурез. Это может быть обусловлено как психосоциальными (например, испуг ребенка), так и биологическими факторами (аномалия тазовых органов).

Таким образом, психологическая коррекция должна быть глубже сконцентрирована не на внешних проявлениях отклонений в развитии, а на источниках, причинах этих отклонений.

В практике психокоррекционной работы с детьми с проблемами в развитии выделяются различные модели объяснения причин нарушения развития.

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

Медицинская модель — объясняет причины нарушения в развитии ребенка с точки зрения логики заболевания.

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

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

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

Классификация видов психологической коррекции

Содержательно-психологические характеристики психокоррекции определяются формой дизонтогенеза. Поэтому в психокоррекцию и аномального развития можно выделить несколько основных разделов:

- 1) психокоррекция при психическом недоразвитии;
- 2) психокоррекция задержанного психического развития;
- 3) психологическая коррекция при поврежденном психическом развитии;
- 4) психокоррекция при дефицитарном развитии ребенка;
- 5) психокоррекция при искаженном психическом развитии;
- 6) психокоррекция при дисгармоничном психическом развитии.

Следует заметить, что такой способ деления является весьма условным, так как один вариант дизонтогенеза в чистом виде можно встретить чрезвычайно редко.

Например, искаженное развитие может сочетаться с психическим недоразвитием или с задержанным развитием, а дисгармоничное психическое развитие часто протекает на фоне задержки психического развития. Кроме того, при задержанном психическом развитии в зависимости от его формы используются различные по содержанию психокоррекционные методы. Поэтому целесообразно классифицировать психокоррекционный процесс по сферам его применения в конкретных нозологических группах больных.

В зависимости от формы организации психологической коррекции и коррекционных задач выделяются несколько ее видов:

- § игровая психокоррекция;
- § групповая психокоррекция;
- § индивидуальная психокоррекция;
- § семейная психокоррекция;
- § нейропсихологическая коррекция и др.

Два основных вида психокоррекции можно выделить по характеру направленности: симптоматическую и каузальную, а по характеру решаемых коррекционных воздействий выделяются директивные и недирективные виды коррекции.

Ряд авторов предлагают выделять общую, частную и специальную психокоррекцию.

Под общей психологической коррекцией подразумеваются мероприятия общепедагогического порядка, нормализующие социальную среду ребенка. В нее входит регуляция психофизических и эмоциональных нагрузок ребенка в соответствии с его возрастом и индивидуальными особенностями. Задачи общей психокоррекции сливаются с задачами психогигиены, психопрофилактики, педагогической этики и деонтологии. Они решаются в процессе организации учебновоспитательных мероприятий.

Частная психокоррекция, по мнению авторов,— это набор психологопедагогических воздействий. То есть это специально разработанные системы психокоррекционных мероприятий, таких как семейная психокоррекция, музыкотерапия, психогимнастика и пр.

Специальная психокоррекция, как пишут авторы,— «это комплекс приемов, методик и организационных форм работы с ребенком или группой детей одного возраста, являющийся наиболее эффективным для достижения конкретных задач формирования личности». Основная цель специальной психокоррекции — исправление последствий неправильного воспитания (Ю. Шевченко с соавторами, 1995, с. 11).

Следует обратить внимание на слабую аргументированность такого деления психокоррекции. Автор рассматривает психокоррекцию как метод психологического воздействия, разделяя ее на общий, частный и специальный метод. Такой подход является весьма условным и не отвечает основному назначению психологической коррекции как процесса психологического воздействия, направленного на

исправление имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств.

В практике психологической помощи детям и подросткам целесообразно различать следующие блоки психологической коррекции:

- 1) коррекция эмоционального развития ребенка;
- 2) коррекция сенсорноперцептивной и интеллектуальной деятельности;
- 3) психологическая коррекция поведения детей и подростков;
- 4) коррекция развития личности.

Данный способ классификации видов психокоррекции отражает содержательнопсихологическую направленность психокоррекции при всех вариантах дизонтогенетического развития. Внутри каждого блока следует различать формы организации и методы психокоррекционных воздействий. Постановка целей и задач психокоррекционных воздействий непосредственно связана с теоретической моделью психического развития и определяется ею. Теоретические модели психокоррекционных воздействий весьма разнообразны. Условно существуют две группы: отечественная и зарубежная.

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

- 1) оптимизация социальной ситуации развития ребенка и подростка;
- 2) развитие различных видов деятельности ребенка;
- 3) формирование возрастнопсихологических новообразований.

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

Несмотря на многочисленную критику, эти направления заслуживают, на наш взгляд, особого внимания.

В центре психодинамического подхода стоят вопросы, связанные с динамическими аспектами психики: мотивацией, влечением, побуждением, внутренними конфликтами, существование и развитие которых обеспечивает функционирование и развитие личностного «Я». Целью психологической коррекции в этом направлении является помощь ребенку или подростку в выяснении неосознаваемых причин болезненных проявлений и переживаний. Поставленные цели определяют технику психокоррекционных воздействий. Однако в раннем возрасте этот метод использовать невозможно. В связи с этим в рамках психодинамического подхода было предложено два основных метода: игротерапия и арттерапия, которые в дальнейшем стали развиваться как самостоятельные методы, выйдя за пределы

психодинамического подхода. В настоящее время они широко используются в психокоррекции детей с эмоциональными нарушениями. С другой стороны, представители психодинамического подхода обратили внимание на активную роль родителей в работе с детьми в рамках психокоррекционного процесса. Сотрудничество родителей с психологом является важным условием эффективности психокоррекционной работы.

Особый интерес в психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии представляет концепция А. Адлера, где личность рассматривается как неделимое целое, являющееся интегральной частью социума. Анализируя позитивную природу человека, А. Адлер подчеркивал, что каждый человек в раннем детстве формирует уникальный стиль жизни, творит свою судьбу. Поведение человека мотивировано достижением социальной цели и социальным интересом. Разбирая роль комплекса неполноценности у человека, А. Адлер полагал, что неполноценность, ее компенсация и социальная среда — это три переменные, которые имеют важнейшее значение в формировании жизненных целей. Он считал, что в целом поведение человека не претерпевает особых изменений на протяжении его жизни, изменяется только система отношений, а отсюда одна из основных задач психологической коррекции — коррекция этих отношений. Конкретизируя цель психокоррекции в концепции А. Адлера, можно выделить следующие задачи: коррекция чувства неполноценности; формирование социального интереса; коррекция устремлений и мотивов с перспективой выработки нового стиля жизни. Это достигается такими психотехническими приемами, как формирование у клиента положительных установок на занятие, анализ и проработка личностной позиции, подбадривание, поощрение. Обоюдное доверие и установление общих целей — первостепенные условия психокоррекционной работы.

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

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

§ построение новых стереотипов поведения;

§ подавление имеющихся неадаптивных стереотипов;

§ осознание условий для проявления новых стереотипов поведения.

Особого внимания заслуживает когнитивное направление, особенно в психокоррекции подростков. В когнитивной психокоррекции в первую очередь уделяется внимание познавательным структурам психики, и упор делается на личность, на структуру личности и в целом, на логические способности. Главной задачей психокоррекции является изменение восприятия подростком себя и окружающей действительности на основе изменения поведения. В когнитивном подходе выделяются два варианта психокоррекции: когнитивноаналитический и когнитивноповеденческий. Основной задачей первого варианта является создание модели психологической проблемы, которая должна быть понятна подростку и с которой он мог бы работать самостоятельно. Когнитивноповеденческий вариант предполагает создание модели поведения, являющейся наиболее приемлемой для решения стоящих перед подростком проблем, другими словами, проверка искаженных убеждений в ситуации реальной жизни. В рамках когнитивного подхода создано много психотехнических приемов, которые могут быть успешно использованы в психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии.

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

Основные задачи психокоррекции детей и подростков с проблемами в развитии

Формулируя задачи психологической коррекции, целесообразно выделить три основных психокоррекционных блока, которые взаимосвязаны и взаимодополняемы. Это диагностический блок, собственно коррекционный блок и прогностический блок.

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

Диагностика психического развития ребенка включает в себя:

§ всестороннее клиникопсихологическое изучение личности ребенка и его родителей, системы их отношений;

§ анализ мотивационнопотребностной сферы ребенка и членов его семьи;

§ анализ развития сенсорноперцептивных и интеллектуальных процессов и функций.

Диагностика социальной среды требует анализа неблагоприятных факторов социальной среды, травмирующих ребенка, нарушающих его психическое развитие, формирование характера личности, и социальную адаптацию.

Собственно коррекционный блок включает в себя следующие задачи:

§ коррекция неадекватных методов воспитания ребенка с целью преодоления его микросоциальной запущенности;

§ помощь ребенку или подростку в разрешении психотравмирующих ситуаций;

§ формирование продуктивных видов взаимоотношений ребенка с окружающими (в семье, в классе);

§ повышение социального статуса ребенка в коллективе;

§ развитие у ребенка или подростка компетентности в вопросах нормативного поведения;

§ формирование и стимуляция сенсорноперцептивных, мнемических и интеллектуальных процессов у детей;

§ развитие и совершенствование коммуникативных функций, эмоциональноволевой регуляции поведения;

§ формирование адекватных родительских установок на заболевание и социальнопсихологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в психокоррекционный процесс;

§ создание в детском коллективе, где обучается больной ребенок, атмосферы принятия, доброжелательности, открытости, взаимопонимания.

Здесь на первый план выступает работа психолога не только с близким социальным окружением ребенка (семьей), а также с педагогами, которые обучают ребенка, и через них с его одноклассниками, друзьями и знакомыми. Это одна из главных задач, так как социальная интеграция ребенка с психическим дизонтогенезом в обществе является важным фактором всестороннего воспитания его личности и личностного роста.

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

1) проектирование возможных изменений в развитии познавательных процессов и личности в целом;

2) определение динамики этих изменений.

Это позволяет психологу объективно судить о потенциальных возможностях личности ребенка или подростка и дать прогностическую оценку ее развития.

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

Психологическое сопровождение детей и подростков с нарушениями в развитии

Психологическая служба детям с нарушениями в развитии не должна ограничиваться только консультированием и психокоррекционными занятиями.

Эффективность психологической поддержки в значительной степени зависит от воздействия социальнопсихологической среды, окружающей ребенка или подростка с проблемами в развитии.

Это воздействие успешно достигается с помощью психологического сопровождения, которое интенсивно внедряется в систему психологической службы в последнее десятилетие (Барднер, Ромазан, Череднякова, 1993; Битянова, 1997; Галияхметов; Лихтарников, 1998 и др.).

В словаре русского языка «сопровождать» означает — «идти, ехать вместе с кемлибо в качестве спутника или провожатого».

В дословном переводе сопровождение означает содействие. М. Р. Битянова, анализируя специфику сопровождения в работе школьного психолога, рассматривает сопровождение как систему профессиональной деятельности психолога, создающей социальнопсихологические условия для успешности обучения ребенка в ситуации школьного взаимодействия. Сопровождение автор рассматривает как метод и идеологию работы школьного психолога. Цель сопровождения, по мнению автора,— это создание «в рамках объективно данной ребенку среды условий для максимального в данной ситуации личностного развития и обучения» (1997, с. 21), т. е. активное направленное воздействие психолога на социальные условия, в которых живет ребенок.

Рассмотренные автором задачи сопровождения здоровых школьников, несомненно, имеют важное практическое значение, однако содержательная направленность и задачи психологического сопровождения детей с нарушениями в развитии существенно отличаются от задач психологического сопровождения здорового ребенка.

Мы считаем, что психологическое сопровождение детей с нарушениями в развитии — это деятельность психолога, направленная на созидание комплексной системы клиникопсихологических, психологопедагогических и психотерапевтических условий, способствующих успешной адаптации, реабилитации и личностному росту детей в социуме (школа, семья, медицинское учреждение, учреждение собеса и т. п.).

Под сопровождением подразумевается динамический процесс, целостная деятельность психолога, куда включены *пять взаимосвязанных компонентов*:

§ систематическое отслеживание клиникопсихологического и психологопедагогического статуса ребенка в динамике его психического развития;

§ создание социальнопсихологических условий для эффективного психического развития детей в социуме;

§ систематическая психологическая помощь детям с нарушениями в развитии в виде консультирования, психокоррекции, психологической поддержки;

§ систематическая психологическая помощь родителям и родственникам детей и подростков с проблемами в развитии;

§ организация жизнедеятельности ребенка в социуме с учетом их психических и физических возможностей.

Отслеживание психологического статуса ребенка является достаточно трудоемким процессом, требующим тесного взаимодействия всех специалистов, участвующих в жизнедеятельности ребенка (психолога, педагога-дефектолога, врача-психиатра или врача-невропатолога). Следует выделить основные этапы процесса психологического сопровождения.

Подготовительный этап включает в себя следующие задачи:

- 1) Установление контакта со всеми участниками сопровождения ребенка.
- 2) Определение объема работы и последовательности процесса сопровождения.
- 3) Подготовка необходимой документации.
- 4) Составление графика работы.

Психолог, устанавливая контакт со специалистами, обязательно должен объяснить цели психологического сопровождения ребенка.

Во время ориентировочного этапа:

§ 1 устанавливается контакт с родителями и родственниками ребенка;

§ 2 устанавливается контакт с группой, которую посещает ребенок, а если это школа или детский сад, то с классным руководителем или воспитателями;

§ 3 происходит ознакомление специалистов с результатами психологического обследования;

§ 4 совместно обсуждаются с педагогами и другими специалистами особенности психического развития ребенка.

На этапе планирования происходит создание индивидуальной программы сопровождения ребенка и утверждение этой программы со специалистами.

Этап реализации индивидуальной программы включает в себя следующие задачи.

1. Оказание необходимой помощи родителям ребенка, педагогам в создании условий, необходимых ребенку с нарушением в развитии для полноценного здорового образа жизни и успешного овладения образовательными программами с учетом его психических и физических возможностей.

2. Оказание необходимой психологической помощи родителям ребенка, его родственникам, друзьям с целью гармонизации межличностных отношений, оптимизации воспитательного процесса.

3. Просвещение и консультирование педагогов, педагогов-дефектологов и других специалистов, работающих с ребенком.

На заключительном этапе разбирается, насколько эффективно проведена работа, даются рекомендации по дальнейшей деятельности ребенка (профессиональное обучение, продолжение обучения в школе с профессиональной ориентацией и т. п.).

Для регламентации деятельности специалистов в процессе психологического сопровождения мы советуем вести соответствующую документацию. Некоторые

авторы предлагают заключение договора между специалистами, что, на наш взгляд, является позитивным началом. Опыт нашей работы показывает целесообразность ведения дневника по типу истории болезни, в котором каждый специалист отражает динамику психического состояния и развития познавательных процессов и личности ребенка. В этом дневнике психолог представляет развернутое психологическое заключение о ребенке, план психокоррекционной работы. Дневник обязательно должен храниться у психолога.

Психологическое сопровождение должно осуществляться постоянным (семейным) психологом. Если ребенок обучается в специальной школе, то это осуществляет школьный психолог, если ребенок не обучается и воспитывается в домашних условиях, то сопровождать ребенка должен психолог диспансера или поликлиники, к которым ребенок прикреплен.

Психологическая поддержка в системе психологической помощи детям с проблемами в развитии

Важным звеном психологической помощи детям и подросткам с проблемами в развитии является психологическая поддержка.

Психологическая поддержка должна осуществляться в двух основных направлениях: во-первых, поддержка родителей и других родственников детей с нарушениями в развитии и, во-вторых, поддержка самих детей и подростков.

Психологическую поддержку родителей мы рассматриваем как систему мер, направленных на:

- § снижение эмоционального дискомфорта в связи с заболеванием ребенка;
- § укрепление уверенности родителей в возможностях ребенка;
- § формирование у родителей адекватного отношения к болезни ребенка;
- § установление адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания.

Процесс реализации психологической поддержки родителей является длительным и требует обязательного комплексного подхода, что предусматривает участие не только специалиста-психолога, но и всех других специалистов, наблюдающих ребенка: педагога-дефектолога, врача, социального работника и др. Однако главная роль в этом процессе несомненно принадлежит психологу. Психолог разрабатывает конкретные мероприятия, направленные на психологическую поддержку родителей, в зависимости от имеющихся проблем семейного воспитания больного ребенка. Среди этих мероприятий, оказывающих поддерживающее влияние, можно выделить несколько основных:

§ Убеждение во вступлении родителей детей-инвалидов в клубы, ассоциации или другие родительские организации. Опыт нашей работы показывает высокую эффективность таких родительских сообществ. Общение родителей детей-инвалидов друг с другом предполагает взаимную поддержку, обмен информацией, организацию совместного досуга, оказание пассивной материальной помощи и т. д. Особенно важным является создание таких ассоциаций для родителей детей с тяжелыми физическими и психическими дефектами. В 1989 году на базе общества милосердия «Ленинград» нами был создан клуб «Особый ребенок» для детей с тяжелыми

психическими и физическими проблемами, который вскоре был переименован в родительскую ассоциацию «Особый ребенок». Целью создания клуба было знакомство родителей и детей друг с другом, организация совместного досуга, оказание взаимопомощи. Родители организовывали детские праздники, экскурсии, лекции, совместные прогулки. Психолог ассоциации участвовал в составлении планов организации досуга детей, давал рекомендации родителям при возникновении нестандартных жизненных ситуаций, проводил лекционную работу в форме групповых дискуссий и тренингов. Опыт работы нашей ассоциации широко распространился в городе и в стране. В настоящее время в Санкт-Петербурге успешно функционирует городская родительская ассоциация, включающая 56 родительских ассоциаций детейинвалидов.

Эффективность поддержки определяется активным включением родителей, особенно отцов, в процесс реабилитации ребенка. Как показывает опыт, именно отцы способны более конструктивно, нежели матери, решать проблемы ребенка и их активное привлечение к проблемам ребенка оказывает благотворное влияние не только на процесс воспитания ребенка, но и на психологический климат в семье в целом.

§ Основными психотехническими приемами психологической поддержки являются родительские семинары.

Основная задача родительских семинаров — расширение знаний родителей о психологических особенностях их ребенка, психологии воспитания и психологии семейных отношений. Кроме того, на семинарах повышается не только информированность родителей о ребенке, а главное — это изменение отношения родителей к проблемам ребенка и задачам воспитания больного ребенка. На семинарах родители вовлекаются в обсуждение своих проблем, обмениваются опытом, совместно вырабатывают пути разрешения возникших конфликтов. Тактика психолога в процессе семинара — быть достаточно активным, так как он выступает в роли специалиста. Однако при этом психолог не должен давать оценочные суждения, интерпретации, порицания или советы. Психологу необходимо проявлять активность в убедительных и аргументированных изложениях психологических вопросов, а основная его задача это организация и проведение таких семинаров.

Как специфический способ психологической поддержки, родительский семинар состоит из нескольких специальных приемов.

Лекционные приемы, в процессе которых психолог сообщает родителям нужную психологическую информацию. Психолог обязан специально подобрать темы, применительно к интересам и системе переживаний участников семинара. Среди актуальных тем можно выделить: «Особенности психического и эмоциональноволевого развития детейинвалидов», «Особенности семейного воспитания», «Психологический климат в семьях, имеющих детейинвалидов», «Проблемы интеграции детейинвалидов в обществе» и др. Можно предложить темы психологопедагогической, юридической, медицинской направленности. С этой целью привлекаются другие специалисты. Главное, чтобы темы лекций излагались просто, живо, убедительно. Недопустимо на родительских семинарах оперировать научной терминологией.

Групповая дискуссия является наиболее целесообразной формой родительских семинаров. Традиционно групповая дискуссия проводится в двух формах: тематическая дискуссия, когда происходит обмен мнениями по темам лекций и дискуссия по принципу анализа конкретных ситуаций, темы которых предлагают сами родители. Цель дискуссии — совместное выработка оптимального подхода к той или иной жизненной ситуации, повышение мотивации родителей, их вовлеченности в решение обсуждаемых проблем.

Кроме групповой дискуссии целесообразно использовать дискуссии по «трудным ситуациям». Этот прием направлен на организацию творческого подхода родителей к воспитанию больного ребенка. Психолог предлагает родителям обсудить случай из его практики. Например, родителям детей-аутистов предлагались ситуации, связанные с поведенческими проблемами детей в общественном месте. Ребенок раскачивается в вагоне метро — как на это реагировать. Или на детской площадке ребенокаутист отнимает у других детей игрушки.

Частота и длительность таких семинаров зависит от возможностей родителей, степени их мотивированности. Опыт нашей работы показывает, что родительские семинары целесообразно проводить не чаще одного раза в месяц. Желательно, чтобы дети в период семинаров находились под присмотром педагогов или социальных работников.

В процессе родительских семинаров необходимо уделять особое внимание формированию не только когнитивных и поведенческих аспектов семейного воспитания у родителей детей с проблемами в развитии, а также эмоциональных аспектов семейного взаимодействия. Эмоциональные основы воспитания ребенка с проблемами в развитии способствуют повышению жизненного тонуса родителей, возрастанию их уверенности в своих родительских возможностях по уходу за ребенком, а главное, помогают родителям в понимании сложного внутреннего мира больного ребенка. Опыт нашей работы показал, что групповое взаимодействие родителей больных детей гармонизирует не только родительские, но и супружеские взаимоотношения, а также благоприятствует развитию личностного роста самих родителей.

Эффективность психологической поддержки родителей оценивается по субъективным (отчеты родителей) и объективным эмоциональное состояние самого ребенка) параметрам.

Психологическая поддержка родителей осуществляется не только в форме их группового взаимодействия, а также и в процессе индивидуальных бесед с психологом о проблемах семьи, ребенка.

Эффективность психологической поддержки в значительной степени зависит не только от уровня профессиональной квалификации психолога, а также от его личностных особенностей.

Психолог, работающий с детьми с проблемами в развитии и их родителями должен обладать следующими качествами:

- § глубокий интерес к людям и терпение в общении с ними;
- § эмоциональная стабильность и объективность;

- § сенситивность;
- § уважение прав других людей;
- § проницательность;
- § сознание профессионального долга и др.

Важным качеством психолога является его личностная и социальная зрелость. Как справедливо отмечает К. Шнейдер (K. Schneider, 1992), личностная зрелость это когда сам успешно решаешь свои жизненные проблемы, откровенен, терпим и искренен по отношению к людям. Социальная зрелость — это способность помочь другим людям эффективно решать их проблемы.

Итак, психологическая поддержка является важным звеном в системе психологической помощи родителям детей с проблемами в развитии. Основная цель психологической поддержки — повышение сенситивности родителей к проблемам детей, снижение эмоционального дискомфорта у родителей в связи с болезнью ребенка, формирование у родителей адекватных представлений о потенциальных возможностях ребенка и оптимизация их педагогического потенциала. Огромную роль в эффективности психологической поддержки родителей играет создание разнообразных форм группового взаимодействия родителей и других членов семьи ребенка. Необходимо, чтобы сам процесс психологической поддержки был непрерывным, комплексным, предъявляющим высокие требования к личности специалиста-психолога.

Глава 2. Психологическая помощь детям с психическим недоразвитием

Клиникопсихологические особенности детей с психическим недоразвитием

В клинике психическое недоразвитие рассматривается как синдром тотальной ретардации. В основе данной формы психического дизонтогенеза лежит недоразвитие всех сторон психики: познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, личности, потребностно-мотивационной сферы и др.

Наиболее типичной моделью психического недоразвития является умственная отсталость.

В Международной классификации болезней (10й пересмотр) дается следующее определение умственной отсталости: «Умственная отсталость — это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей» (с. 222).

«Определение интеллектуального уровня должно основываться на всей доступной информации, включая клинические данные, адаптивное поведение (с учетом культурных особенностей) и продуктивность по психометрическим тестам» (с. 223).

Как особая форма психического недоразвития умственная отсталость может возникнуть у ребенка вследствие различных причин. Этиологию можно условно разделить на две основные группы: эндогенную, обусловленную, как правило,

генетическими факторами, и экзогенную, обусловленную внешними факторами (инфекции, отравления, травмы и т. п.) на различных этапах развития ребенка.

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

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

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

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

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

Психическое недоразвитие в детском возрасте проявляется в многочисленных синдромах ранней и стойкой общей отсталости. Однако главным психопатологическим стержнем психического недоразвития является слабость абстрактного мышления. Это проявляется в виде недостаточной способности к обобщению. Как подчеркнуто в МКБ, для квалифицированной диагностики умственной отсталости недостаточно иметь данные о наличии признаков интеллектуального недоразвития в ранний период детства. Классификация дизонтогенетических расстройств по рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) предусматривает четыре основных направления (оси) диагностики:

§ Первое направление — это характеристика клинического синдрома.

§ Второе — по определению интеллектуального уровня от легкой до глубокой отсталости.

§ Третье — учитывает биологические факторы дизонтогенеза, т. е. этиологический диагноз.

§ Четвертое — характеристика сопутствующих психосоциальных влияний (нарушение семейных взаимоотношений, стиль семейного воспитания, социальная и психическая деривация и др.).

Описанные выше принципы классификации нарушений психического развития ребенка требуют обязательного комплексного подхода к этой проблеме, обязательно

включающего как биологические, так и социальнопсихологические факторы. Кроме того, при классификации умственной отсталости важно учитывать не только форму клинической картины психического недоразвития, но и ее сложную внутреннюю структуру. Многие отечественные педагоги и клиницисты давно обращали внимание на дисгармонию в развитии личности у некоторых детей, страдающих умственной отсталостью (Н. И. Озерский, Л. В. Занков, С. С. Мнухин, С. Я. Рубинштейн, М. С. Певзнер и др.).

Многообразие форм проявлений умственной отсталости чрезвычайно велико. В связи с этим особый интерес представляет собой классификация психического недоразвития, представленная Д. Н. Исаевым (1982).

Используя клиникопсихологопедагогический анализ умственной отсталости, автор выделяет четыре основные формы психического недоразвития у детей: астеническую, атоническую, дисфорическую и стеническую.

Астеническая форма характеризуется неглубоким нарушением интеллекта. В структуре интеллектуального дефекта у детей наблюдается нарушение школьных навыков, которые диагностируются, как правило, в начале школьного обучения.

В раннем детстве и в дошкольные годы родители таких детей не замечали отставания в их умственном развитии. У большинства из них наблюдались недоразвитие речи и эмоциональноволевая неустойчивость. В структуре интеллектуального дефекта у этой группы детей преобладали недоразвитие зрительнопространственных функций, трудности установления последовательных умозаключений в рассказах, сниженный уровень обобщений.

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

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

Атоническая форма. Наряду с интеллектуальной недостаточностью разной степени глубины у детей с этой формой психического недоразвития наблюдается аспонтанность, бедность, невыразительность эмоций. Это проявляется в сниженной потребности в эмоциональных контактах и межличностных коммуникациях.

Кроме того, на фоне умственной отсталости у детей этой группы наблюдается выраженная неспособность к психическому напряжению, что проявляется в чрезмерной отвлекаемости, в двигательном беспокойстве и др. Внутри этой группы автор выделяет:

§ аспонтанноапатический вариант, который характеризуется снижением активности, ограничением интересов;

§ акатизический вариант, когда у ребенка проявляется бессмысленная активность, непоседливость и двигательное беспокойство;

§ мориоподобный вариант, проявляющийся в нарушении поведения на фоне эйфории, в склонности к дурашливости.

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

Стеническая форма психического недоразвития характеризуется неравномерным развитием интеллектуальных, мнемических и эмоциональноволевых процессов. У больных ярче выраженные и стойкие побуждения и влечения, что способствует формированию у них упорства в преодолении возникающих препятствий. Внутри этой группы различают два основных варианта: уравновешенный и неуравновешенный. У последних отмечается сочетание интеллектуальной недостаточности с суетливостью, двигательным беспокойством, эмоциональной неустойчивостью.

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

Клиникопсихологическая структура дефекта при психическом недоразвитии обусловлена необратимыми явлениями недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры как наиболее поздно созревающего и наиболее сложного образования. Г. Е. Сухарева относит к умственной отсталости те формы психического недоразвития, при которых преобладает интеллектуальный дефект и отсутствует прогредиентность, т. е. прогрессирование в развитии дефекта.

Возрастная динамика психического развития при психическом недоразвитии отличается крайней замедленностью в становлении высших психических функций. На первом году жизни отмечается вялость, недоразвитие моторных функций. В возрасте 23 лет в структуре их психического дефекта обращают на себя внимание выраженные психомоторные расстройства, которые проявляются в вялости или в психомоторной расторможенности, также наблюдается явное недоразвитие речи и познавательных функций. В 37 лет заметны позднее развитие речи, затруднения в формировании навыков самостоятельности, а в школьном возрасте в структуре психического дефекта доминирует недоразвитие абстрактного мышления. В старшем подростковом возрасте на первый план выступает незрелость личности, неспособность самостоятельно решать житейские ситуации, не критичность.

Психологические исследования детей с олигофренией чрезвычайно многообразны. Исследования психологов и педагогов показали, что психическое недоразвитие при умственной отсталости носит тотальный характер, охватывает все сферы психики: сенсорику, моторику, память, внимание, интеллект, эмоции и личность в целом. Тотальность недоразвития психики является определяющей характеристикой умственной отсталости. В структуре психического дефекта у детей с умственной отсталостью имеют место недостаточность в развитии гнозиса, праксиса, эмоций, памяти и других психических функций, которые, как правило, проявляются меньше, чем недоразвитие мышления. Например, при восприятии у детей с умственной отсталостью в значительной степени страдает анализ и синтез воспринимаемых сигналов. Восприятие предметов у них характеризуется слабым

дифференцированием общих, особых и единичных признаков (Занков, 1939; Бейн, 1940; Соловьев, 1965 и др.). Ряд авторов отмечают недоразвитие скорости воспринимаемых сигналов у детей с умственной отсталостью (Вересотская, 1940; Рубинштейн, 1979), снижение объема воспринимаемого материала (Нудельман, 1940).

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

Чтобы глубже понять специфику нарушений восприятия при психическом недоразвитии, необходимо обратиться к работам Ж. Пиаже (1969).

Ж. Пиаже выделяет две основные характеристики восприятия: перцептивные структуры и перцептивную деятельность. Перцептивная структура — это первичная иллюзия, наиболее элементарный феномен восприятия. Перцептивные структуры являются сохранными у детей с психическим недоразвитием. Перцептивная деятельность рассматривается Ж. Пиаже в зависимости от развития интеллекта и обнаруживает глубокие трансформации. Развитие восприятия Ж. Пиаже считает прогрессивным усилением перцептивной деятельности ребенка. Недоразвитие перцептивной деятельности у детей с психическим недоразвитием наиболее наглядно проявляется в процессе осязательного восприятия (Мамайчук, 1978). Анализ показывает наличие примитивных манипуляций с предметами в процессе их ощупывания у умственно отсталых детей, что негативно отражается на динамике формирования образа восприятия. Аналогичные данные были получены при изучении у них особенностей восприятия в зрительной модальности. Анализ рисунков выявил трудности выделения существенных свойств и признаков предметов, отражение их пространственных характеристик у детей с психическим недоразвитием.

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

При психическом недоразвитии отмечаются своеобразные особенности развития внимания и памяти. Пассивное внимание у детей с психическим недоразвитием более сохранно, чем активное.

Это обусловлено, с одной стороны, патологической инерцией нервных процессов, нарушением их подвижности, с другой стороны — дисбалансом между возбуждательными и тормозными процессами (Певзнер, 1959).

Ядерными симптомами при психическом недоразвитии, вытекающими из неполноценности коры головного мозга, являются недостаточная познавательная активность, слабость ориентировочной реакции. Это оказывает патогенное влияние на формирование активного внимания у детей с психическим недоразвитием.

Исследования особенностей развития памяти у детей с психическим недоразвитием показали недоразвитие смысловой памяти при относительной сохранности механической. Слабость мыслительной деятельности, мешающая детям с психическим недоразвитием выделить существенное в запоминаемом материале, связать между собой отдельные его элементы и отбросить случайные побочные

ассоциации, резко снижает качество их памяти. Кроме того, при психическом недоразвитии отмечаются такие особенности памяти, как замедленный темп усвоения нового, непрочность сохранения и воспроизведения информации.

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

Аналогичные закономерности наблюдаются в развитии моторики и речи у детей с психическим недоразвитием. В своих работах Н. А. Бернштейн (1947) показал, что двигательный акт есть сложное многоуровневое построение, состоящее из ведущего уровня (смысловая структура) и ряда фоновых уровней (технические компоненты движений). Н. П. Вайзман (1976) использовал концепцию Бернштейна для оценки двигательных возможностей детей олигофренов. Наиболее древний в филогенезе и созревающий раньше остальных руброспинальный уровень регуляции движений (уровень А по классификации Бернштейна) обеспечивает бессознательную, произвольную регуляцию тонуса мускулатуры с помощью проприорецепции. Движения этого уровня выступают в произвольной форме (вздрагивание, дрожь от холода, стучание зубами и др.). Руброспинальный уровень регуляции движений является фоновым и начинает функционировать с первых недель жизни ребенка. Позднее уровня А в онтогенезе начинает функционировать таламопаллидарный уровень синергий и штампов (уровень В). В 45 месяцев ребенок пытается схватить предмет рукой и у него наблюдается масса нецелесообразных движений — синкинезий, сопутствующих схватыванию. Во втором полугодии синкинезий меняются на синергии, обеспечивающие вспомогательные движения для выработки навыка. Поражение уровня В приводит к диссинергиям и асинергиям, к гипердинамическим и гиподинамическим расстройствам. При гипердинамии наблюдаются различные гиперкинезы, а при гиподинамии отмечается скудность, бедность движений. Афферентная недостаточность этого уровня организации движений ведет к ослаблению выразительности движений, мимики, пластичности, может меняться интонация голоса. Во втором полугодии жизни ребенка вступает в действие пирамидностриальный уровень (уровень С). Сенсорная коррекция этого уровня обеспечивает согласование двигательного акта с внешним пространством при ведущей роли зрительной афферентации. Возникновение первых осмысленных действий связано с созреванием теменнопремоторного кортикального уровня организации движений (уровень D). Проприорецепция на этом уровне играет подчиненную роль, ведущая афферентация не связана с рецепторными образованиями, а опирается на смысловую сторону действия с предметом. Например, при недоразвитии коркового уровня нарушается смысловая организация и реализация движений по типу апраксии, утрачивается или затрудняется возможность выработки новых навыков. Понимание речи, письмо связаны с деятельностью уровня Е. Поуровневый анализ развития двигательных функций у детей с психическим недоразвитием позволил Н. П. Вайзман показать сложность, мозаичность этих нарушений, раскрыть механизмы различных психомоторных нарушений. На основе проведенных исследований автором были предложены научно обоснованные

принципы коррекции психомоторики. При недоразвитии коркового уровня невозможна смысловая организация двигательного акта, и движения формируются у ребенка в первую очередь подражательно. Овладение движениями должно происходить с опорой на более сохранные нижележащие церебральные уровни. При сохранности коркового, смыслового уровня организации движений, но недоразвитии пирамидностриального уровня коррекционная работа направлена на формирование двигательных качеств, временных и пространственных параметров движений.

Таким образом, нарушение мышления, являясь ядерным симптомом, при психическом недоразвитии оказывает негативное влияние на развитие всех других психических функций. Причем это влияние может осуществляться «сверху вниз», т. е. недоразвитие мышления препятствует развитию более элементарных психических процессов. Однако, как справедливо отмечает В. В. Лебединский, «нельзя исключить и тормозящее влияние «снизу вверх», обусловленное недоразвитием более элементарных функций. Очень важен дифференцированный подход к проблеме первичного и вторичного дефектов при психическом недоразвитии. Недоразвитие речи, мышления, высших форм памяти при умственной отсталости Л. С. Выготский рассматривал как вторичные дефекты, обусловленные затруднениями усвоения социального опыта вследствие биологической недостаточности мозга. В дальнейших исследованиях отечественных и зарубежных нейрофизиологов и психологов показано, что недостаточность высших психических функций у больных с умственной отсталостью обусловлена недоразвитием лобнотемennых отделов головного мозга и это является первичным дефектом при психическом недоразвитии. Однако при анализе сложной структуры дефекта у детей с умственной отсталостью нельзя не учитывать и такие социальные факторы, как раннюю психическую депривацию, неправильное семейное воспитание, социальную депривацию умственно отсталых в более старшем возрасте и др. Все это в значительной степени тормозит развитие личности ребенка с психическим недоразвитием, искажает его самооценку, способствует формированию эмоциональноволевой неустойчивости.

Основные формы и направления психологической помощи

Психологическая помощь детям с умственной отсталостью является комплексным процессом, включающим в себя *два основных блока*:

- § адаптация ребенка к имеющемуся дефекту;
- § обучение родителей адекватному способу поведения с ребенком.

Важное значение в процессе адаптации ребенка играет целенаправленная психокоррекционная работа. При составлении психокоррекционной программы необходимо учитывать причину психического недоразвития и степень тяжести нарушения психических функций. Как подчеркивалось выше, психическое недоразвитие — это тип дизонтогенеза, для которого характерно раннее время поражение мозговых систем и тотальное их недоразвитие. Первичный дефект при этой форме аномалии развития интеллектуальный и обязательным признаком является недоразвитие высших форм мыслительной деятельности — абстрактного мышления, недоразвитие образования понятий, низкий уровень обобщения.

Многочисленные исследования психологов показали, что у детей с психическим недоразвитием наблюдается нарушение константности и предметности восприятия, замедленный темп узнавания предметов, трудности обобщения сенсорных сигналов. Все это определяет основные задачи психологической коррекции сенсорных процессов:

§ обучение детей усвоению сенсорных эталонов и формирование перцептивных операций;

§ развитие константности и предметности восприятия.

При формировании у детей сенсорных эталонов необходимо ориентироваться на предметнопрактическую деятельность, доступную ребенку с умственной отсталостью. Психолог в процессе обучения детей с умственной отсталостью предметнопрактическим манипуляциям формирует поисковые способы ориентировки при выполнении заданий. Во время работы с предметами дети учатся различать их форму, величину, цвет. Ребенку необходимо показывать такие действия, при которых он мог бы понять, что от умения определять форму зависит результат его деятельности. Поэтому все игровые упражнения ребенка должны быть основаны на практических действиях.

Основные формы и направления психологической помощи

Психологическая помощь детям с умственной отсталостью является комплексным процессом, включающим в себя *два основных блока*:

§ адаптация ребенка к имеющемуся дефекту;

§ обучение родителей адекватному способу поведения с ребенком.

Важное значение в процессе адаптации ребенка играет целенаправленная психокоррекционная работа. При составлении психокоррекционной программы необходимо учитывать причину психического недоразвития и степень тяжести нарушения психических функций. Как подчеркивалось выше, психическое недоразвитие — это тип дизонтогенеза, для которого характерно раннее время поражение мозговых систем и тотальное их недоразвитие. Первичный дефект при этой форме аномалии развития интеллектуальный и обязательным признаком является недоразвитие высших форм мыслительной деятельности — абстрактного мышления, недоразвитие образования понятий, низкий уровень обобщения.

Многочисленные исследования психологов показали, что у детей с психическим недоразвитием наблюдается нарушение константности и предметности восприятия, замедленный темп узнавания предметов, трудности обобщения сенсорных сигналов. Все это определяет основные задачи психологической коррекции сенсорных процессов:

§ обучение детей усвоению сенсорных эталонов и формирование перцептивных операций;

§ развитие константности и предметности восприятия.

При формировании у детей сенсорных эталонов необходимо ориентироваться на предметнопрактическую деятельность, доступную ребенку с умственной отсталостью. Психолог в процессе обучения детей с умственной отсталостью

предметнопрактическим манипуляциям формирует поисковые способы ориентировки при выполнении заданий. Во время работы с предметами дети учатся различать их форму, величину, цвет. Ребенку необходимо показывать такие действия, при которых он мог бы понять, что от умения определять форму зависит результат его деятельности. Поэтому все игровые упражнения ребенка должны быть основаны на практических действиях.

Занятия по зрительному восприятию формы должны проводиться поэтапно от простого к сложному:

1. Предметнопрактические манипуляции с объемными формами.

Цель занятий: учить ребенка соотносить плоскостные и объемные формы в практическом действии с предметами, пользоваться методом проб и ошибок, отбрасывая ошибочные варианты и фиксируя правильные. Психотехнические игры: «Закрой коробки», «Чей домик», «Найди окошко», «Почтовый ящик». Ребенку предлагаются эталонные геометрические фигуры, которые он должен соотнести с местом.

Оборудование:

§ коробки с крышками разной формы;

§ объемные геометрические формы, по объему подходящие к прорези;

§ доски с прорезями, изображающими геометрические фигуры, и предметы из геометрических форм.

2. Зрительное восприятие формы без предметнопрактических манипуляций

Цель занятий: обучение ребенка зрительному сопоставлению формы без предметнопрактической ориентировки. Психотехнические игры: «Найди свою пару», «Лото», «Угадай, что нарисовано», «Магазин». Ребенка учат вычленять контур предмета, соотносить объемные и плоские формы, узнавать предметы в рисунках, знать их названия.

Оборудование:

§ карточки с изображением геометрических форм;

§ парные плоскостные или объемные формы;

§ предметы и игрушки разной формы;

3. Запоминание форм.

Цель занятий: научить детей запоминать воспринятые формы; мысленно по представлению сопоставлять объемную форму с плоскостной; закрепить названия «круглый», «квадратный», «овальный», «треугольный». Психотехнические игры: «Узнай и запомни», «Найди похожую», «Угадай, чего не стало».

Оборудование:

§ карточки с геометрическими формами разной величины и цвета;

§ объемные игрушки разной формы (например, шар, неваляшки, телевизор и пр.);

§ плоскостные формыобразцы (круг, овал, квадрат, прямоугольник, треугольник).

Обучение восприятию величины предметов, так же как и формы, проводится в контексте предметнопрактических манипуляций. В процессе действий с игрушками умственно отсталый ребенок начинает выделять величину зрительно. На основе длительного применения проб и примеривания у ребенка может появиться полноценное зрительное восприятие величины, умение вычленять ее, соотносить предметы по величине.

Занятия состоят из трех этапов.

1. Практическое выделение величины.

Цель занятий: научить детей ориентироваться в величине предметов, соотносить действия рук с величиной предметов, соотносить по величине плоские и объемные фигуры, обучать детей составлению сериационного ряда. Психотехнические игры: «Составление двух и трехместных матрешек», «Найди место для предмета», «Построй башню», «Найди кровать для куклы» и пр.

Оборудование:

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

2. Зрительное восприятие величины.

Цель занятий: научить различать зрительно предметы различной величины, соотносить зрительный образ со словом. Психотехнические игры: «Лото» (определение предметов по величине) «Закончи узор» (с учетом величины детали), «Построй башни» (с учетом разной высоты) и пр.

Оборудование:

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

3. Запоминание предметов с учетом их величины. Цель занятий: научить детей удерживать в представлении и мысленно соотносить между собой величины разных предметов, осуществлять выбор по представлению и словесному обозначению величины предметов. Психотехнические игры: «Запомни и найди», «Найди, где спрятано», «Угадай, какое платье нужно кукле» и пр.

Оборудование:

- § карточкелото с изображением предметов разной величины;
- § предметы разной величины;
- § картонные геометрические фигуры трех величин.

Особое значение в процессе психокоррекции детей с психическим недоразвитием имеет формирование у них целостного восприятия предметов. Детям предстоит осознать, что внешний вид предмета может меняться в зависимости от того, с какого положения на него смотрят — спереди, сзади, сбоку, снизу или сверху, но все

равно это будет один и тот же предмет. Ребенок должен понять, что целый предмет состоит из отдельных частей, каждая из которых не только имеет свою функцию, но и свою форму, величину, свое определенное место в целом, пространственное расположение.

Формирование целостного восприятия успешно осуществляется в процессе обучения детей, значение придается продуктивным видам деятельности: конструированию, рисованию, лепке, аппликации.

Психолог предлагает ребенку разнообразные игры: «Собери целое», «Какой детали не хватает» и пр. Особое значение в психокоррекции детей с умственной отсталостью занимает формирование пространственной ориентировки. Обучение восприятию пространственных отношений у умственно отсталых детей должно осуществляться поэтапно. На первом этапе необходимо обучить детей различать отношения предметов и их частей по вертикале (на, под). На втором этапе — формирование горизонтальных отношений (рядом, около). На третьем — формирование таких отношений, как «справа», «слева», «за», «перед». После того как ребенок научится воспринимать и воспроизводить пространственные отношения предметов по подражанию действиям взрослого, можно переходить к играм, где действуют по образцу, т. е. самостоятельный анализ образца с точки зрения пространственных отношений предметов и их частей.

Формирование пространственных представлений у детей с психическим недоразвитием осуществляется после того, как сформировались восприятия формы и величины предметов. Это успешно достигается в процессе развития конструктивных умений, а также в процессе специально организованных дидактических игр «Запомни и найди», «Найди и назови», где ребенку предлагаются карты с изображением предметов, поразному расположенных по отношению друг к другу. Особо важное значение в формировании пространственных отношений и представлений у умственно отсталых детей играет развитие осязательного восприятия. С этой целью используются разнообразные дидактические игры, направленные на осязательное восприятие формы, величины, объема, температуры пространственного расположения предметов.

Память детей с психическим недоразвитием отличается сниженным объемом запоминания, трудностями хранения и воспроизведения информации. Невозможность опосредованного запоминания у детей с психическим недоразвитием обусловлена трудностями смысловой организации запоминаемого материала. В связи с этим *важными направлениями психокоррекции памяти являются:*

§ формирование объема памяти в зрительной, слуховой и осязательной модальностях;

§ развитие приемов ассоциативного и опосредованного запоминания предметов в процессе игровой деятельности.

Недоразвитие мышления является характерным признаком у детей с данной формой дизонтогенеза. Их мышление отличается конкретностью, невозможностью образования понятий, трудностями переноса и обобщения. Развитие мышления у них непосредственно связано с развитием деятельности и восприятия. Важными

направлениями психокоррекции являются развитие нагляднодейственного и нагляднообразного мышления.

С этой целью психологическая коррекция должна строиться в следующих направлениях:

§ обучение детей многообразным предметнопрактическим манипуляциям с предметами различной формы, величины, цвета;

§ обучение детей использованию вспомогательных предметов (орудийные действия);

§ формирование нагляднообразного мышления в процессе конструктивной и изобразительной деятельности.

В процессе обучения детей предметнопрактическим манипуляциям целесообразно проводить такие занятия, как подбор предметов по образцу, группирование предметов по образцу и по разным свойствам. Можно предложить детям разнообразные игры типа «Разложи игрушки по домикам», «Разложи картинки по конвертам» и пр. Особое коррекционное значение имеют игры, направленные на использование вспомогательных средств. Перед ребенком ставятся задачи выявить внутренние связи предмета, самостоятельно проанализировать условия практической задачи, найти выход из проблемной ситуации, требующей применения вспомогательных средств, при этом учитывать особенности ситуации и, следовательно, соответствующие способы действия. Для достижения требуемого проводятся разнообразные игры на доставание нужного предмета с помощью вспомогательных средств (веревка, палка и пр.).

Один из важных аспектов нагляднообразного мышления — способность ребенка действовать в уме, оперируя представленными образами. Основной целью психокоррекции на данном этапе является обучение детей с психическим недоразвитием оперировать представлениями и находить правильный выход, не прибегая к практическим действиям с объектами. Это достигается в процессе разнообразных психотехнических игр с использованием картинок. Например, нужно достать предмет, изображенный на картинке. Психолог предлагает ребенку картинку и просит рассказать, как мальчик будет доставать воздушный шар с высокого шкафа в комнате.

Важным принципом психокоррекции детей с психическим недоразвитием является деятельностный подход. Сам процесс психокоррекции должен проходить с использованием того вида деятельности, который доступен ребенку с интеллектуальной недостаточностью. Если у ребенка не сформирована игровая деятельность, то психокоррекцию необходимо проводить в предметнопрактическом контексте. Вторым, не менее важным, принципом является комплексный подход к психокоррекции детей с психическим недоразвитием. Соблюдение этого принципа требует тесного контакта психолога с педагогом-дефектологом, логопедом, врачом, воспитателем и родителями. Третьим, наиважнейшим, является иерархический принцип. Психолог в процессе коррекции должен ориентироваться не только на уровень актуального развития ребенка, но и на его потенциальные возможности.

Глава 3. Психологическая помощь детям с задержкой психического развития

Клиникопсихологические характеристики задержки психического развития

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

В отечественной психопатологии и психиатрии классификация ЗПР строится на этиопатогенетическом принципе, когда форма ЗПР определяется причиной ее возникновения. Например, В. В. Ковалев выделяет четыре основные формы ЗПР. Это дизонтогенетическая форма, энцефалопатическая форма, ЗПР в связи с недоразвитием анализаторов (слепота, глухота, недоразвитие речи и др.), культуральная форма ЗПР, обусловленная ранней социальной депривацией, педагогической запущенностью и др.

В работах К. С. Лебединской выделяются четыре основных варианта ЗПР:

- § конституционального происхождения;
- § соматогенного происхождения;
- § психогенного происхождения;
- § церебральноорганического генеза.

В структуре психического дефекта у детей с ЗПР на первый план могут выступать незрелость эмоциональноволевой сферы с неярко выраженными интеллектуальными нарушениями, а также замедленное развитие интеллектуальных процессов.

Клиникопсихологическая структура каждого варианта ЗПР отличается своеобразным соотношением интеллектуальных и эмоциональноволевых нарушений.

ЗПР конституционального происхождения наблюдается у детей с психофизическим инфантилизмом. Термин «инфантилизм» был введен французским невропатологом Е. Lasegue в 1864 г. для обозначения сохраняющихся у некоторых взрослых людей физических и психических признаков, свойственных детям. Немецкий психиатр G. Anton (1908) применил термин «инфантилизм» по отношению к детям с задержкой психического развития. В современной психиатрической литературе термином «психический инфантилизм» обозначают личностную незрелость.

Эмоциональная сфера детей с психофизическим инфантилизмом как бы находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста. Их эмоции отличаются яркостью и живостью, наблюдается преобладание эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, повышенная внушаемость и недостаточная самостоятельность. Особые трудности дети с психофизическим инфантилизмом испытывают в начале обучения в школе. Им трудно длительно сосредоточиваться на задании, усидеть на уроке, подчиняться правилам дисциплины.

Особенности эмоциональноволевой сферы у детей с конституциональной формой ЗПР негативно влияют на формирование динамических характеристик восприятия. В исследованиях представителей когнитивной психологии доказано соотношение способов восприятия с личностной организацией человека. Недостаточная целенаправленность, повышенная эмоциональность детей с психофизическим инфантилизмом негативно влияют на эффективность восприятия предметов (Сафади, 1997).

Незрелость эмоциональноволевой сферы у детей с психофизическим инфантилизмом проявляется в особенностях их интеллектуальной недостаточности. У них наблюдается преобладание конкретнообразного мышления над абстрактнологическим. Исследования показали у них достаточную сформированность мыслительных операций, но неравномерную познавательную активность, что снижает продуктивность их интеллектуальной деятельности (Лебединский, 1985). Немаловажное место в структуре задержки психического развития у детей с психофизическим инфантилизмом занимает выраженная истощаемость внимания, особенно при интеллектуальных нагрузках (Сафади, 1997). В процессе игровой деятельности продуктивность внимания у них улучшается. Это указывает на зависимость интеллектуальной продуктивности от мотивации у детей с психофизическим инфантилизмом.

В структуре особенностей психического развития у детей с соматогенной формой ЗПР, так же как и при психофизическом инфантилизме, наблюдается эмоциональная незрелость. Если при психофизическом инфантилизме эмоциональная незрелость обусловлена, как правило, незрелостью мозга, то при соматогенной форме ЗПР причиной эмоциональной незрелости чаще всего являются длительные хронические заболевания, которые в значительной степени тормозят развитие активных форм деятельности и способствует формированию таких личностных особенностей, как боязливость, робость, неуверенность в своих силах. Постоянная астения, наблюдаемая у детей в связи с длительными соматическими недугами, в значительной степени негативно отражается на умственной работоспособности. У них наблюдается неустойчивое внимание, снижение объема памяти, нарушение динамики мыслительной деятельности.

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания ребенка. Ранняя психическая и социальная депривация, которая наблюдается у большинства безнадзорных детей и детей-сирот, способствует снижению волевых компонентов личности и развитию импульсивности. У многих детей наблюдается выраженное снижение познавательной активности, что негативно отражается на интеллектуальной продуктивности.

Психотравмирующие условия воспитания способствуют формированию таких характерологических особенностей, как робость, боязливость, неуверенность. Это проявляется в отсутствии у ребенка инициативы, самостоятельности и крайне негативно отражается на познавательной активности ребенка или подростка.

Задержка психического развития церебральноорганического генеза наиболее часто встречается в детском возрасте и отличается большей выраженностью нарушений высших корковых функций в сравнении с другими формами ЗПР. Причина

данной формы ЗПР — органическое поражение центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. В западной литературе эта форма ЗПР описывается как «ранний детский органический синдром», «минимальная мозговая дисфункция».

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

Возрастная динамика психического развития детей с ЗПР церебральноорганического генеза определяется как тяжестью поражения ЦНС, так и временем возникновения дефекта. У большинства детей наблюдается замедленный темп созревания психических функций, однако при умственной отсталости это ярче выражено.

Церебральноорганическая недостаточность определяет структуру психического дефекта и становится очевидной как в нарушении эмоциональноволевой сферы, так и в развитии познавательных процессов. В исследованиях клиницистов и психологов подчеркивается сложная иерархия структуры нарушений познавательной деятельности при ЗПР церебральноорганического генеза. Это проявляется в дефицитности «предпосылок» интеллекта, а именно памяти, внимания, пространственного гнозиса и праксиса, речи.

Ряд авторов отмечают выраженные нарушения темпа восприятия у детей с ЗПР церебральноорганического генеза. Это прослеживается в замедленности процессов приема и переработки сенсорной информации (Шошин, Переслени, 1981 и др.). Кроме того, у подавляющего большинства детей с задержкой церебральноорганического генеза заметны трудности синтеза воспринимаемых объектов, что обусловлено нарушениями интерсенсорной и сенсомоторной интеграции и координации (Мамайчук, Мендоса, 1989; Campbell, 1977 и др.).

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

Нейропсихологические исследования детей с ЗПР церебральноорганического генеза позволяют более дифференцированно подойти к анализу структуры дефекта их познавательной деятельности (Марковская, 1982; Лебединский, 1985; Микадзе, Корсакова, 1994; Мамайчук, Симонова, 1997; Шипицына, 1997 и др.).

Нейропсихологический анализ гностикопраксических функций у здоровых детей выявил гетерохронность их развития и вариабельность проявлений, что обусловлено их индивидуальными особенностями (Мамайчук, 1992). У детей с ЗПР при незначительном церебральноорганическом поражении мозга в основе дефекта лежит нейродинамическая недостаточность, связанная в первую очередь с истощаемостью психических функций. При выраженном органическом поражении

мозга прослеживаются более грубые нейродинамические расстройства, выражающиеся в инертности психических процессов. Кроме того, наблюдается первичная дефицитарность отдельных корковых и подкорковых функций. У детей отмечается определенная парциальность, мозаичность нарушений отдельных корковых функций (Марковская, 1982).

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

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

К исследованию особенностей психического развития у детей с ЗПР необходимо подходить дифференцированно с обязательным учетом формы задержки, так как нарушения познавательных процессов (внимания, памяти, мышления, речи, праксиса) при различных формах проявляются поразному.

Таблица 1 Психологические параметры задержки психического развития

Формы ЗПР	Клиникопсихологические проявления	Нейропсихологические особенности
Психофизический инфантилизм	Относительная сформированность психических процессов, но замедленный темп их становления. Недоразвитие мотивации учебной деятельности. Личностная незрелость	Нарушение динамики умственной работоспособности. Снижение объема памяти и внимания вследствие недостаточной мотивации деятельности
Соматогенная форма ЗПР	Сформированность психических процессов. Астения, раздражительная слабость	Снижение динамики умственной работоспособности. Повышенная истощаемость внимания. Уменьшение объема памяти в зрительной и слуховой модальностях
Психогенная форма	При сохранности психических процессов выраженное снижение мотивации учебной	Возможна «иррегулярность» в психическом развитии. Неравномерное развитие психических процессов-

	деятельности. Снижение продуктивности учебной деятельности в связи с патологическим развитием личности (тревожная мнительность, эгоцентризм и др.)	
ЗПР церебральноорганического генеза	Недоразвитие психических процессов и функций, что приводит к нарушению интеллектуальной продуктивности Частичное (парциальное) недоразвитие отдельных психических функций	Нарушение умственной работоспособности. Недоразвитие устойчивости, переключения, объема внимания. Снижение объема памяти во всех модальностях. Недоразвитие ориентировочной основы деятельности. Недоразвитие зрительнопространственного гнозиса и праксиса Выраженная дефицитарность в развитии отдельных свойств: внимания, памяти, гнозиса, праксиса

Таким образом, учитывая психолого-педагогические параметры, можно выделить четыре основные группы детей с ЗПР

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

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

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

4. Дети, для которых характерно сочетание низкого уровня интеллектуальной продуктивности и слабовыраженная познавательная активность. В эту группу входят дети с тяжелой формой ЗПР церебральноорганического генеза, у которых наблюдается первичная дефицитарность в развитии всех психических функций: внимания, памяти, гнозиса, праксиса и др., а также недоразвитие ориентировочной основы деятельности.

Основные направления психологической помощи детям с задержкой психического развития

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

Важным принципом психологической коррекции познавательных процессов и личности детей является учет формы и степени тяжести задержки психического развития.

Например, у детей с психофизическим инфантилизмом в структуре познавательного дефекта определяющая роль принадлежит недоразвитию мотивационной стороны учебной деятельности. Поэтому психокоррекционный процесс должен быть направлен на развитие познавательных мотивов. А у детей с ЗПР церебральноорганического генеза наблюдается тотальное недоразвитие предпосылок интеллекта: зрительнопространственного восприятия, памяти, внимания. В связи с этим в коррекционном процессе все внимание отдано формированию этих психических процессов, развитию навыков самоконтроля и регуляции деятельности.

Таблица 2. Направления и задачи психологической коррекции детей с различными формами ЗПР

Наименование блока	Содержание блока и приемы	Психокоррекционные задачи	Формы ЗПР
Мотивационный	Неумение ребенка выделить, осознать и принять цели действия	Формирование познавательных мотивов: - создать проблемные учебные ситуации; - стимулировать активность ребенка на занятии; - обратить внимание на тип семейного воспитания. Приемы: - создание игровых учебных ситуаций; - дидактические и развивающие игры	Психофизический инфантилизм Психогенные формы ЗПР
Блок регуляции	Неумение планировать свою деятельность во времени и по содержанию	Обучить ребенка планировать деятельность во времени. Предварительно организовать	Соматогенная форма ЗПР Органический инфантилизм ЗПР церебральноорганического генеза

		<p>ориентировки заданиях. В</p> <p>Предварительно проанализировать с ребенком используемые способы деятельности.</p> <p>Приемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обучение детей продуктивным видам деятельности (конструированию, рисованию, лепке, моделированию) 	
Блок самоконтроля	<p>Неумение ребенка контролировать свои действия и вносить необходимые коррективы по ходу их выполнения</p>	<p>Обучить контролю по результатам. Обучить контролю по способу деятельности.</p> <p>Обучить контролю в процессе деятельности</p> <p>Приемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дидактические игры и упражнения на внимание, память, наблюдательность; - обучение конструированию и рисованию по моделям 	<p>ЗПР церебрально-органического генеза</p> <p>Соматогенная форма ЗПР.</p> <p>Психогенная форма ЗПР</p>

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

Обучение ребенка самоконтролю успешно достигается в процессе занятий по конструированию. Особый интерес представляет метод обучения детей модельному конструированию, разработанный А. Р. Лурия и его учениками (1948) и успешно используемый нами при психокоррекционной работе с детьми с ДЦП и с ЗПР церебральноорганического генеза (Мамайчук, 1978, 1984). Суть этого метода заключается в том, что образцы модели предъявляются ребенку заклеенными плотной белой бумагой и, прежде чем начать строить, ребенок должен был сам планомерно исследовать образец, подобрать к нему соответствующие детали, т. е. модель-образец предлагает ребенку определенную задачу, но не дает способа ее решения. А. Р. Лурия (1948) провел следующий эксперимент; он разделил детей-близнецов на две группы.

Одна группа обучалась конструированию с наглядных образцов, а их братья и сестры — конструированию с образцовмоделей. После нескольких месяцев обучения конструированию психологи обследовали детей, изучали особенности их восприятия, мышления, рисования. Результаты обследования выявили, что дети, обучающиеся конструированию по моделям, показали более высокую динамику в умственном развитии, чем их братья и сестры, которым было предложено конструирование традиционным способом. Формированию самоконтроля и самостоятельных способов решения задач способствует обучение детей конструированию по условиям, предложенное Н. П. Подъяковым (1972). Ребенку предлагают сделать из готовых деталей предмет, который может быть использован в конкретных, заранее заданных условиях, т. е. в этом случае ребенок не имеет перед собой образца, а ему только даны условия, исходя из которых необходимо определить, какой должна быть постройка, а затем сконструировать ее. Несомненно важным при таком способе обучения конструированию является то, что мыслительные процессы детей приобретают более опосредованный характер, чем при конструировании по образцу. Например, получив задание построить из готовых блоков такой «гараж», который мог бы вмещать в себя «грузовую машину», ребенок начинает предварительно анализировать величину машины, отвлекаясь от всех других ее свойств. Для этого необходим достаточно высокий уровень абстрагирования, что дает возможность формированию у детей специфических способов соотнесения определенных свойств условий с соответствующими свойствами постройки. Конструирование по моделям и условиям успешно формируют у детей ориентировочную деятельность, способствуют развитию самоконтроля своих действий в процессе выполнения конструктивных заданий и при анализе их результатов.

Глава 4 психологическая помощь детям с поврежденным психическим развитием

Клиникопсихологическая характеристика детей с поврежденным психическим развитием

В отличие от других форм дизонтогенеза, поврежденное развитие обусловлено более поздним (после 2,53 лет) патологическим воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформировалась, и признаки повреждения проявляются в их недостаточности.

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

Резидуальная деменция проявляется в слабоумии, возникшем в результате остаточного поражения мозга, вследствие травмы, инфекции, интоксикации. Прогрессирующая деменция становится следствием хронически протекающего менингита, менингоэнцефалита, опухолевого процесса, эпилепсии, склероза и т. д.

В патогенезе и формировании клиникопсихологических проявлений органической деменции кроме этиологии особое значение имеет время начала заболевания, а также степень распространенности процесса. Не менее значимы преморбидные (доболезненные) особенности личности больного. Г. Е. Сухарева на

основе клиникопсихологического анализа выделила четыре типа органической деменции у детей в зависимости от ведущего патопсихологического синдрома.

Первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщений.

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

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

При четвертом типе — в центре клиникопсихологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубым расстройством внимания, импульсивностью.

В. В. Лебединский отмечал, что у детей четвертого типа органической деменции наблюдалось выраженное полевое поведение. Они отличались хаотичной двигательной расторможенностью, безостановочностью, действиями по первому побуждению, склонностью к дурашливости и кратковременными агрессивными вспышками. Грубые нарушения познавательной деятельности у детей четвертого типа проявляются в нецеленаправленности внимания, в непродуктивности запоминания и фрагментарности воспроизведения. У этих детей выявлено недоразвитие пространственного анализа и синтеза, фрагментарность восприятия. Наблюдалось нарушение критики своего поведения. У детей третьего типа органической деменции в психическом статусе доминировали вялость, медлительность, пассивность. Отмечалась эмоциональная бедность, слабость побуждений, отсутствие интеллектуальных интересов (Лебединский, 1985).

В процессе дифференциальной диагностики органической деменции, умственной отсталости и задержанного психического развития необходимо учитывать следующие параметры: время приобретения дефекта, его клиникопсихологическую структуру и его динамику.

При поврежденном психическом развитии ребенок приобретает дефект не раньше 2,53 лет, когда основные функциональные структуры мозга у него уже сформировались. Структура дефекта при поврежденном развитии, в отличие от психического недоразвития, отличается парциальностью расстройств.

Это могут быть грубые локальные корковые или подкорковые нарушения, что наглядно проявляется в нарушении гнозиса, праксиса, а также в регуляции поведения. В детском возрасте это, как правило, корковоподкорковые нарушения, но в более зрелом может иметь место первичное повреждение лобных систем.

Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций у ребенка прежде всего отмечаются расстройства эмоциональной сферы.

Кроме того, структура психического дефекта при поврежденном развитии отличается выраженной полиморфностью. Это проявляется в наличии разнообразных интеллектуальных, эмоциональноволевых и личностных нарушениях.

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

При четвертом типе — в центре клиникопсихологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубым расстройством внимания, импульсивностью.

В. В. Лебединский отмечал, что у детей четвертого типа органической деменции наблюдалось выраженное полевое поведение. Они отличались хаотичной двигательной расторможенностью, безостановочностью, действиями по первому побуждению, склонностью к дурашливости и кратковременными агрессивными вспышками. Грубые нарушения познавательной деятельности у детей четвертого типа проявляются в нецеленаправленности внимания, в непродуктивности запоминания и фрагментарности воспроизведения. У этих детей выявлено недоразвитие пространственного анализа и синтеза, фрагментарность восприятия. Наблюдалось нарушение критики своего поведения. У детей третьего типа органической деменции в психическом статусе доминировали вялость, медлительность, пассивность. Отмечалась эмоциональная бедность, слабость побуждений, отсутствие интеллектуальных интересов (Лебединский, 1985).

В процессе дифференциальной диагностики органической деменции, умственной отсталости и задержанного психического развития необходимо учитывать следующие параметры: время приобретения дефекта, его клиникопсихологическую структуру и его динамику.

При поврежденном психическом развитии ребенок приобретает дефект не раньше 2,53 лет, когда основные функциональные структуры мозга у него уже сформировались. Структура дефекта при поврежденном развитии, в отличие от психического недоразвития, отличается парциальностью расстройств.

Это могут быть грубые локальные корковые или подкорковые нарушения, что наглядно проявляется в нарушении гнозиса, праксиса, а также в регуляции поведения. В детском возрасте это, как правило, корковоподкорковые нарушения, но в более зрелом может иметь место первичное повреждение лобных систем.

Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций у ребенка прежде всего отмечаются расстройства эмоциональной сферы.

Кроме того, структура психического дефекта при поврежденном развитии отличается выраженной полиморфностью. Это проявляется в наличии разнообразных интеллектуальных, эмоциональноволевых и личностных нарушениях.

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

Наиболее тяжелые нарушения психики наблюдаются у детей вследствие перенесенных менингитов и менигоэнцефалитов, при которых могут возникнуть три основных вида слабоумия: органическое слабоумие с грубым нарушением мыслительных операций; задержка психического развития с нарушением предпосылок в развитии интеллекта (память, внимание и др.) и психопатоподобное поведение с

грубым нарушением эмоциональноволевой сферы. В отличие от умственной отсталости, органическое слабоумие у детей, перенесших менингит или менигоэнцефалит, выражается нарушением нейродинамики психических процессов, нарушением целенаправленности мышления и более выраженным нарушением критичности.

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

В отличие от комоции, при контузии в острой стадии (сразу после травмы) наблюдается длительное расстройство сознания, коматозные состояния, оглушенность, сонливость. У больного наблюдается нарушение ориентировки. При комоции в острой стадии отмечается кратковременное расстройство сознания. Однако в обоих случаях у больного наступает адинамия, астения, могут присутствовать речевые нарушения, амнезия, расстройство сна и проч. В острый период при контузиях проявляются тяжелые психические расстройства в виде двигательного возбуждения, эйфории, нарушения критики, нелепого поведения и грубых амнестических расстройств.

В подострой стадии после контузии у больного наступают оглушенность, растерянность, сумеречные состояния, головные боли с головокружением. Нарастает амнезия, отмечаются расстройства речи. При комоции также могут иметь место головные боли и головокружение, но без выраженной амнезии и расстройства сознания.

В резидуальный период в обоих случаях наблюдаются церебрастении и вестибулярные расстройства. Как показывают исследования, в структуре посттравматического дефекта имеют место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда психических функций: нарушения внимания, памяти, динамики мыслительных процессов. Специфика дефекта в значительной степени зависит и от времени поражения. При более позднем поражении мозга наблюдалась парциальность (частичность) повреждения отдельных корковых и подкорковых функций, в результате чего нарушались корковоподкорковые взаимодействия. Это наглядно проявляется в нарушении умственной работоспособности, в нарастании эмоциональноволевой неустойчивости. При тяжелых травмах мозга отмечался выраженный регресс этих функций, что четко отражается в личностных характеристиках и в специфике познавательной деятельности. У ребенка могут повредиться функции как с более коротким, так и с более длительным периодом развития. Однако онтогенетически молодые функции, получившие повреждение, одновременно и задерживаются в своем развитии. Например, исследования детей с тяжелыми энцефалопатическими нарушениями вследствие натальной травмы показали, что в структуре их познавательных процессов наблюдается выраженное недоразвитие внимания и мнемической деятельности по модально неспецифическому типу. То есть отмечается недоразвитие памяти и внимания во всех модальностях (зрительной, слуховой и др.) Эти особенности негативно повлияли на формирование зрительнопространственных функций, что вызвало трудности в пространственной

ориентировке и в пространственном анализе и синтезе. В структуре их личности наблюдалась выраженная эмоционально-волевая неустойчивость, которая в значительной степени способствовала формированию личностной дисгармонии и психопатоподобного поведения. У детей, перенесших травму мозга в более позднем возрасте, структура психического дефекта была качественно иная. У них также имелись нарушения внимания и памяти, но по модальностеспецифическому типу (или в слухоречевой, или в зрительной модальностях). В эмоционально-волевой сфере у них наблюдались также повышенная фрустрированность, напряженность, но они проявлялись более изолированно, не оказывая существенного влияния на структуру личности в целом (Мамайчук, 1984; Мамайчук, Мендоса, 1988)

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

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

1. Травматическая церебрастения, когда больной испытывает неспособность к умственному напряжению, повышенную утомляемость. В целом адаптация детей удовлетворительная. Они продолжают обучаться в школе, однако при усложнении жизненной ситуации у них могут случаться обострения в виде головокружения, нарушения сна, снижения общего психического тонуса.

Наши исследования показали, что при травматической церебрастении нарушается объем и переключаемость внимания и динамика мыслительных процессов, снижается объем памяти в слуховой и зрительной модальностях. В структуре их личности четко прослеживается повышенная фрустрированность, эмоциональная неустойчивость, ригидность поведения (Мамайчук, 1989).

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

3. Травматическое слабоумие проявляется не только в снижении интеллектуальной деятельности, но и в снижении интеллектуальной активности у ребенка. В структуре личности отмечается выраженное снижение критики своего

состояния, нарастает бездеятельность. Мыслительные операции отличаются тугоподвижностью, ригидностью, в некоторых случаях отмечается амнестическая афазия.

4. Травматическая эпилепсия. В различные сроки после травмы мозга у детей могут возникнуть эпилептические припадки. На их фоне у больного появляется травматическая астения, заметны нарушения личности, что проявляется в повышенной агрессивности, аффективности в психопатоподобном поведении. У большинства детей уменьшается интеллектуальная работоспособность и учебная деятельность в целом (Гуревич, 1932).

Психологических исследований о поврежденном развитии у детей и подростков недостаточно, а те, что есть, были посвящены детям, перенесшим травмы головного мозга, наиболее часто встречающимся в детском возрасте. Работы освещали вопрос о ранних черепно мозговых травмах, перенесенных в натальный и ранний постнатальный период и иногда приводящих к психическому недоразвитию (Л. О. Бадалян, Е. М. Мастюкова, В. В. Ковалев и др.) Структура психического дефекта при ранних травмах отличается выраженной тотальностью и необратимостью (Мамайчук, Мендоса, 1989).

К поврежденному развитию относится также эпилептическая деменция, которая встречается у детей в случаях вялотекущего эпилептического процесса. Кроме судорожных припадков, у больных наблюдаются специфические особенности мышления, эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Это видно по общей психической тугоподвижности, по вязкости мышления и аффекта, по полярности эмоций, по выраженной напряженности аффекта. В структуре нарушения мышления у них отмечается заметная тугоподвижность в сочетании со склонностью к застреванию на малосущественных деталях, трудности интеллектуальной переключаемости, выраженная замедленность речи (Зейгарник, 1976). Аффективные нарушения у этих больных в значительной степени способствуют дисгармоничному развитию личности и нарушению поведения. Полярность эмоций проявляется у них в склонности к экзальтации, ласковости в сочетании со злопамятностью и мстительностью. В структуре поврежденного развития при эпилепсии наблюдается стойкий, часто необратимый регресс ряда психических функций.

Один из вариантов поврежденного развития — деменция вследствие ревматических заболеваний у детей, мало изученная в психопатологии и патопсихологии.

Еще более ста лет назад Э. Крепелин описал острые психозы, возникающие при ревматизме. Автор выделил специфические для ревматического психоза признаки. Это угнетение психической деятельности, нарастание ипохондрического синдрома, апатии, что обусловлено недостаточностью кислородного обмена мозга. В исследованиях отечественных психиатров показано, что при ревматизме могут возникать не только психозы с характерной клинической картиной, но и другие формы нервнопсихических нарушений (Гуревич, 1949; Сухарева, 1974 и др.).

Ревматические болезни нередко приводят к ревматоидным артритам. Ревматоидный артрит (РА) — системное воспалительное заболевание соединительной ткани, относится к хроническим заболеваниям суставов. Ревматоидным артритом

чаще всего заболевают дети в возрасте от 7 до 14 лет, реже он наблюдается у детей дошкольного и старшего школьного возраста. Ограничение подвижности, боли во время обострения процесса, частые длительные госпитализации — все это неблагоприятно сказывается на личности ребенка. В связи с этим некоторые авторы отмечают такие особенности больных РА, как стыдливость, пассивность, неспособность выразить свои эмоции, склонность к аутизму, повышенная чувствительность, наличие физической и психической астении (Richarson, 1964; Kiviniemi, 1977; Rimon, Ebstein, Belmaker, 1977; Andersova, Hamalova, 1984; Кочюнас, Гуобис, 1983). Кроме того, изменяется процесс межличностного взаимодействия больных РА с окружающими, так как они не всегда могут посещать школу, полноценно общаться со сверстниками (Henoch, Baston, Baum, 1977). Ряд зарубежных авторов выделяют своеобразные факторы риска, лежащие в основе возникновения заболевания у ребенка. Это авторитарное воспитание в семье, высокая тревожность, повышенная чувствительность индивида (Henoch et al., 1977; Litt, Guskey, Rosenberg, 1982). Henoch с соавторами отмечали, что 28 % детей с РА живут в неполных семьях, а у 48 % детей заболевание возникло через два года после развода родителей. Некоторые авторы обращают внимание на нарушение в эмоциональноволевой сфере у детей с РА, проявляющиеся в немотивированных колебаниях настроения, в астенических состояниях (Сухарева, 1974; Мамайчук, Лапкин, Лихачева, 1986 и др.). Отмечается снижение интеллектуальной работоспособности у детей с ревматическими заболеваниями (МановаТомова, Пирьов, Пенушлиева, 1981).

В динамическом исследовании детей с ревматоидным артритом в возрасте от 8 до 14 лет нами были выявлены такие стабильные личностные характеристики, как эмоциональноволевая неустойчивость, пассивность, неуверенность в своих силах, зависимость от окружающих, коммуникативные трудности. С увеличением степени тяжести дефекта понижается фрустрационная толерантность и увеличивается уровень психической дезадаптации. Психическая дезадаптация у детей с ревматоидным артритом проявляется и в нарушении умственной работоспособности, которая резко снижается при средней и тяжелой степени функциональной недостаточности. Корреляционный анализ выявил тесную положительную связь показателя дезадаптации, фрустрированности и тревожности с показателями нарушения умственной работоспособности. Структурообразующими компонентами личности у детей с ревматоидным артритом являются пассивность, эмоциональная нестабильность, тревожность. С возрастом и с нарастанием тяжести заболевания их значимость увеличивается (Мамайчук, 1995).

Анализ полученных данных позволил выделить три стадии повреждения психики при ревматоидном артрите. Первая, наиболее легкая — это ревматическая астения, ее признаки: раздражительная слабость, повышенная возбудимость, быстрая утомляемость. Исследования показали, что на данной стадии нарушения в структуре психического дефекта больные подвержены эмоциональноволевой неустойчивости, которая негативно отражается на умственной работоспособности. Вторая стадия — ревматическая церебрастения. На фоне двигательных и сенсорных расстройств у детей отмечается нарастание скованности, замедленности движений, нарушение оптического восприятия. В структуре психического дефекта на этой стадии четко проявляется нарушение интеллектуальной работоспособности. Отмечается явное

нарушение свойств внимания, уменьшение объема памяти, лабильность мыслительных процессов. На этой стадии дети болезненно переживают возникшие трудности в учебной деятельности, критикуют свое состояние. На третьей стадии — ревматическая церебропатия — у детей отмечается выраженное нарушение интеллектуальной работоспособности, отражающееся на процессе чтения, письма, счета. Это протекает на фоне выраженных эмоциональных расстройств и нестабильности поведения.

Результаты анализа закономерностей распада высших психических функций при различных вариантах поврежденного развития у детей говорят о необходимости строго дифференцированного подхода. Нужен анализ времени приобретения дефекта, его локализации и тяжести.

Таким образом, в отличие от психического недоразвития и задержанного развития, данный вариант дизонтогенеза обусловлен более поздним неблагоприятным воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем уже сформировалась и их недостаточность проявляется в признаках повреждения. На первый план при поврежденном развитии выступает парциальность расстройств психических функций. Важными дифференциальнодиагностическими критериями при поврежденном развитии являются динамика развития дефекта и время его возникновения. При данном виде дизонтогенеза наиболее часто встречаются корковоподкорковые нарушения, что становится заметным по инертности мышления, по выраженной истощаемое™ внимания, по персевераторным явлениям. В более тяжелых случаях мы сталкиваемся с выраженным нарушением целенаправленности мышления, критичности, поведения.

Особенности психологической помощи детям с поврежденным психическим развитием

Важное место в системе психологической помощи детям с поврежденным развитием занимает психологическая коррекция.

Психологическая коррекция детей с поврежденным развитием направлена на восстановление пораженных или утраченных психических функций, а также на адаптацию ребенка к приобретенному дефекту. Перед началом психокоррекционных воздействий перед психологом стоит задача правильно определить время возникновения дефекта, значимость утраченной функции в общем психическом развитии ребенка, тяжесть нарушения и преморбидные особенности личности. Целесообразно использовать классификацию М. О. Гуревича, отражающую клинические этапы отдаленных последствий поврежденного развития.

Таблица 3 Патопсихологические синдромы детей с поврежденным развитием и основные направления психологической помощи

<i>Степень повреждения</i>	<i>Патопсихологические радикалы</i>	<i>Направления психологической помощи</i>
Церебрастения	Неспособность к умственному напряжению; повышенная утомляемость. Снижение объема	Повышение умственной работоспособности с помощью специальных

	памяти в слуховой и зрительной модальностях, трудности концентрации, устойчивости и распределения внимания, нарушение динамики мыслительных процессов. Адаптация детей в целом удовлетворительная (посещают школу), но при усложненных жизненных ситуациях у них могут наблюдаться обострения в виде головокружения, нарушения сна, общего психического тонуса	психотехнических приемов по развитию памяти, внимания, скорости реакций. Развитие навыков саморегуляции, благодаря психорегулирующим тренировкам. Формирование положительной мотивации на занятие. Коррекция негативных проявлений
Церебропатия	Может проявиться у детей в вялости, общей заторможенности, в апатодинамическом синдроме. Или наоборот, в повышенной возбудимости, двигательной расторможенности. Существенные трудности в обучении. Психопатоподобные реакции. В структуре личности неадекватная самооценка, снижение критики своего состояния	Коррекция нарушений поведения. Повышение социальной активации. Психокоррекционная работа с родителями
Слабоумие	Резкий упадок интеллектуальной деятельности и активности. В структуре личности отмечается выраженное снижение критики своего поведения, нарастание бездеятельности. Тугоподвижность мыслительных операций	Организация жизнедеятельности и общения ребенка в семье, в коллективе. Обучение ребенка доступным видам деятельности. Психологическая поддержка родителей

Основным направлением психологической коррекции детей с церебрастеническим синдромом является повышение их умственной работоспособности. Это достигается с помощью специальных психотехнических приемов по развитию памяти, внимания, скорости реакций и др. Занятия можно проводить в групповых и индивидуальных формах в зависимости от возраста ребенка, структуры и тяжести дефекта и его мотивации. Не рекомендуется формировать группу из детей с однородными патопсихологическими синдромами, например повышенная расторможенность. В группе должно быть не более 34 детей. Психокоррекция активации внимания должна проводиться поэтапно на основе развития навыков самоконтроля и на основе процедур переноса сформированных навыков на новые объекты и ситуации (Гальперин, Кабыльницкая, 1974). С помощью метода поэтапного формирования контроля детям предлагается исправление ошибок в их письменных работах, затем в разных заданиях другого рода (тест Бурдона, ошибки в узорах, смысловые несуразности в картинках и рас сказах, различные лабиринты и др.). Основная задача таких занятий — в процессе выполнения заданий привить ребенку

самоконтроль, а также превратить сам процесс выполнения заданий в сокращенное, обобщенное и автоматизированное, идеальное действие.

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

Коррекция отдельных свойств внимания, таких как устойчивость, переключение, распределение, должна проводиться в процессе специально организованных индивидуальных занятий. Ребенку предлагаются специальные таблицы на отыскивание чисел, букв, подсчет кружков в секторах круга, обнаружение отсутствующих деталей в изображениях, последовательное и усложненное вычитание чисел и др. Важным в эффективности выполнения этих заданий является положительная мотивация у ребенка, а также поощрение со стороны психолога, адекватная оценка успехов ребенка.

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

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

Не менее важное значение имеет охранительностимулирующий режим, рекомендованный ребенку врачом и которому должно следовать. Психологу необходимо обратить внимание ребенка и родителей на выполнение режимных мероприятий.

Главным направлением психокоррекции при церебропатии является коррекция нарушений поведения у ребенка. Это успешно достигается с помощью повышения социальной активации больного ребенка в семье, в школе, правильной организацией его жизнедеятельности. Аффективная неустойчивость, которая часто наблюдается у детей с поврежденным развитием, на данной стадии успешно корригируется в процессе разнообразных предметнопрактических манипуляций ребенка. С этой целью в процессе коррекции ребенку можно предложить игры со строительным материалом (мозаики, конструкторы, «лего» и др.). Целесообразно использовать также рисование, лепку, аппликации как психокоррекционные техники. Важным направлением психологической помощи является работа с родителями. Перед психологом стоит задача информировать родителей об эмоциональноволевых особенностях детей, помочь им понять проблемы ребенка.

Например, мать Вадика 13 лет обратилась к психологу по поводу нарушений поведения у сына: грубит, отказывается делать уроки, на весь день закрывается в комнате, отказывается есть за общим столом, неопрятен.

Мальчик наблюдается невропатологом в связи с перенесенной в возрасте 12 лет тяжелой черепно мозговой травмой, был консультирован у психолога в

психологопедагогическом центре. Психолог центра не обратил внимания на клинический статус мальчика и в своем заключении отметил, что у мальчика «возрастные ситуационные реакции изза неправильного воспитания».

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

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

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

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

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

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

Психологическая коррекция детей и подростков с посттравматическим слабоумием должна быть построена с учетом специфики дефекта и проводиться в двух направлениях. С одной стороны, это правильная организация жизнедеятельности ребенка дома или в специальном учреждении, а с другой стороны, это обучение ребенка доступным ему видам деятельности. Целесообразно развивать у ребенка предметнопрактические манипуляции с предметами, формировать навыки самообслуживания, развивать сенсомоторные функции с помощью специальных методов, разработанных М. Монтессори.

Концепция Монтессори в целом построена на представлении об определяющей роли активной, целенаправленной предметнопрактической деятельности в развитии психики детей с нарушениями в развитии. Разработанный автором методический материал пользуется огромной популярностью в лечебной педагогике. Суть метода М. Монтессори заключается в том, что из набора дидактического материала ребенок всегда сам выбирает тот, который удовлетворяет актуальной потребности развития и приводит к практике свободы выбора. Это способствует формированию самостоятельности и инициативы у ребенка. Методической основой для использования дидактического набора М. Монтессори в психокоррекционной работе с детьми являются ее направленность на качественное развитие психических функций.

Занятия проводятся индивидуально или небольшой группой. Время занятий колеблется от 30 до 60 минут.

Отношения между психологом и ребенком регулируются следующими положениями:

1. Ребенок стимулируется к активной самостоятельной работе с помощью специальных подготовительных упражнений.
2. Психолог предоставляет ребенку свободу выбора материала для работы.
3. Выполнению заданий в случае, если ребенок не знаком с работой, предшествует демонстрация. Психолог выполняет задание, показывает ребенку возможность контроля над ошибками и их исправления.
4. Во время демонстрации психолог не должен тормозить активность ребенка, и если ребенок активен и желает выполнить задание сам, то необходимо помочь ему.
5. Во время работы с материалом позиция психолога сводится к активному наблюдению.
6. Темп работы и время, необходимое для выполнения упражнений, индивидуальны для каждого ребенка.
7. В случае допускаемых ошибок во время выполнения ребенком задания они не корректируются психологом; возможно привлечение внимания ребенка к ошибке с целью ее самостоятельной коррекции.
8. По окончании работы ребенок самостоятельно определяет, будет ли он повторять упражнение или начнет делать новое.

Выделяются следующие требования к коррекционным упражнениям.

1. Упражнения должны иметь связь с реальной деятельностью, иметь осознаваемую ребенком цель.
2. Упражнения должны предъявляться с постепенно возрастающей сложностью.
3. Начальные упражнения по развитию сенсорных и элементарных практических навыков должны содержать возможное[^] «механического контроля» допускаемых ошибок.
4. Материал для упражнений должен быть привлекательным для ребенка, иметь цветовую кодировку.

Опыт нашей работы показал высокую эффективность занятий по системе Монтессори с детьми с тяжелыми формами интеллектуальных нарушений. Психокоррекционную работу необходимо проводить в тесном контакте с логопедом и педагогом-дефектологом.

Вторым важным направлением психокоррекции детей с приобретенным слабоумием является работа с родителями. Перед психологом стоит задача смягчить тот эмоциональный дискомфорт, который испытывают родители в связи с тяжелой болезнью ребенка. Это достигается следующими приемами:

§ организация родительских ассоциаций и клубов с целью оказания взаимной поддержки родителям тяжело больных детей;

§ психотерапевтическая работа с родителями, особенно с отцами больных детей;

§ активное включение родителей в процесс психологической коррекции.

Глава 5 Психическое развитие детей с церебральным параличом и основные направления психологической помощи

Из истории вопроса

Детский церебральный паралич (ДЦП) это тяжелое заболевание, которое возникает у ребенка в результате поражения головного и спинного мозга на ранних этапах его формирования (внутриутробном, в период родов или в период новорожденности). Основным клиническим симптомом при ДЦП является нарушение двигательных функций, однако, кроме этого, у детей с ДЦП имеют место нарушения зрения, слуха, речи, интеллекта. У некоторых детей наблюдаются судорожные синдромы. По данным ряда авторов, на 10 000 новорожденных приходится 3442 ребенка, страдающих церебральным параличом. За последнее десятилетие в России увеличилось количество детей с детским церебральным параличом.

Первое клиническое описание ДЦП было сделано английским врачом-хирургом В. Литтлем в 1861 году. Он впервые доложил об этом на заседании английского Королевского медицинского общества, а затем опубликовал свои наблюдения за детьми, у которых после перенесенной при родах травмы головы развились параличи конечностей (Little, 1862). В течение почти ста лет детский церебральный паралич назывался болезнью Литтля. Термин «детский церебральный паралич» принадлежит Зигмунду Фрейду. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей. В 1958 году на заседании восьмого пересмотра ВОЗ в Оксфорде этот термин был утвержден и было дано определение:

«Детский церебральный паралич — не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положением тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга». В настоящее время этот термин является общепринятым. В 1983 году Л. О. Бадалян предложил другое название детских церебральных параличей — «дизонтогенетические постуральные дискинезии». Автор справедливо отмечает, что поражение нервной системы при ДЦП представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку или искажение развития. «Эти нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений» (Бадалян, 1993, с. 214). Безусловно, термин «дискинезии» значительно точнее отражает характер двигательных нарушений при ДЦП, подчеркивает их обусловленность расстройствами онтогенеза локомоторных функций. Хотя термин «детский церебральный паралич» не отражает сущности имеющихся при этом заболевании нарушений, однако его широко используют в мировой литературе, и другого понятия, всесторонне характеризующего эти патологические состояния, до настоящего времени не предложено.

Прошло много лет со дня выступления В. Литтля, и за этот период опубликована масса исследований по проблеме детского церебрального паралича. В основном это были работы по вопросам неврологического, ортопедического, восстановительного лечения детей с ДЦП. Однако еще в трудах начала века подчеркивалось снижение интеллекта и недоразвитие речи у многих детей с ДЦП. Например, М. Я. Брейтман (1902) первым описал патологоанатомическую и клиническую картину ДЦП и отметил, что при данном заболевании страдает не только двигательная сфера, но и интеллект и речь.

В 1960х годах появилось много работ, посвященных изучению познавательных процессов и речи у детей с церебральным параличом (Kastein, Hendin, 1951; Botta N., Botta P., 1958; Эйдинова и ПравдинаВинарская, 1959; Henderson, 1961; Кириченко, 1962; АбрамовичЛехтман, 1962, 1965; Хейссерман, 1964; Oswin, 1967; Ипполитова, 1967; Данилова, 1969; 1977; Поппандова, 1971; Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Мамайчук, 1976; Симонова, 1981; Saran, 1986; Калижнюк, 1987 и др.).

В настоящее время ДЦП рассматривается как заболевание, полученное в результате поражения мозга, перенесенного в пренатальный период или период новорожденности; как одна из форм резидуальной нервнопсихической патологии центральной нервной системы сложного генезиса. Мозговой органический дефект, составляющий основу ДЦП, возникает рано в период незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную сочетанную структуру неврологических и психических расстройств (К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, Л. О. Бадалян, Э. С. Калижнюк и др.). В полиморфной картине психических нарушений при ДЦП наблюдается не только замедленный темп психического развития, но и неравномерный диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций (Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Клижнюк, 1983; Ковалев, 1985 и др.).

Важным звеном в патогенезе психических нарушений у детей с церебральным параличом является недоразвитие или аномальное развитие фило и онтогенетически наиболее молодых мозговых структур, развивающихся уже в постнатальный период. У ребенка с ДЦП прежде всего в той или иной степени выключена из деятельности важнейшая функциональная система — двигательная. Выраженная двигательная патология нередко в сочетании с сенсорной недостаточностью может быть одной из причин недоразвития познавательной деятельности и интеллекта у детей с ДЦП. Причины развития ДЦП многообразны. Принято выделять пренатальные, натальные и постнатальные вредные факторы, которые могут иметь отношение к происхождению ДЦП. На практике чаще всего встречаются комбинации вредных влияний, действующих на разных этапах развития. К вредным факторам, оказывающим негативное влияние на развитие мозга ребенка на разных этапах его онтогенеза, относятся инфекционные заболевания матери в период беременности, психические и физические травмы, механические травмы во время родов, асфиксии, черепно-мозговые травмы и др.

В мировой литературе предложено более двадцати классификаций ДЦП.

Они основаны на этиологических признаках, характере клинических проявлений, патогенетических особенностях. В отечественной клинической практике

используется классификация К.А.Семеновой (1968), в которую включены собственные данные и элементы классификации Д. С. Футера (1967) и М. Б. Цукер (1947). В этой классификации выделены пять основных форм ДЦП: спастическая диплегия, гемипаретическая форма ДЦП, гиперкинетическая форма ДЦП, двойная гемиплегия и атонически-астатическая форма. На практике выделяется еще смешанная форма ДЦП. Остановимся на кратком описании этих клинических форм ДЦП.

§ *Спастическая диплегия* — наиболее часто встречающаяся форма ДЦП, известная под названием болезни, или синдрома, Литтля. При данной форме в значительной степени поражены ноги, однако ребенок может научиться частично обслуживать себя. При этой форме часто наблюдается задержка психического развития; 3035 % детей со спастической диплегией страдают умственной отсталостью в степени нерезко выраженной дебильности. У 70 % наблюдаются речевые расстройства в форме дизартрии.

§ *Гемипаретическая форма ДЦП* в 80 % случаев развивается у ребенка в ранний постнатальный период, когда вследствие травм, инфекций и т. п. поражаются формирующиеся пирамидные пути. При этой форме поражена одна сторона тела: левая при правостороннем поражении мозга и правая при поражении преимущественно левого полушария. При данной форме обычно тяжелее поражается верхняя конечность. У 2530 % детей с гемипаретической формой ДЦП наблюдается дебильность, у 4050 % — вторичная задержка умственного развития.

§ *Гиперкинетическая форма ДЦП* развивается у ребенка вследствие билирубиновой энцефалопатии, что является результатом гемолитической болезни новорожденных. В неврологическом статусе у этих больных наблюдаются гиперкинезы, мышечная ригидность шеи, туловища, ног. Несмотря на тяжелый двигательный дефект и ограниченную возможность самообслуживания, уровень интеллектуального развития при данной форме ДЦП выше, чем при предыдущих. В 10 % случаев наблюдается тугоухость.

§ *Двойная гемиплегия* — самая тяжелая форма ДЦП. Кроме тяжелых двигательных нарушений (поражение нижних и верхних конечностей) при данной форме ДЦП, как правило, наблюдаются тяжелые речевые нарушения, выраженное снижение интеллекта.

§ *Атонически-астатическая* форма встречается значительно реже других форм, характеризуется снижением мышечного тонуса, нарушением координации движений, равновесия. Наблюдается недоразвитие речи и интеллекта.

Повреждение еще незрелых мозговых структур существенно влияет на последующее развитие познавательных процессов и личности детей с ДЦП. Известно, что погибшие нервные клетки не способны к восстановлению, но необычайная функциональная пластичность нервной ткани ребенка способствует компенсации дефекта. Поэтому своевременно начатая коррекционная работа с больными детьми имеет важное значение в ликвидации дефектов речи, зрительно-пространственных функций, личностного развития (Мастюкова, Симонова, Ипполитова, Мамайчук, Данилова и др.).

Многолетний опыт отечественных и зарубежных специалистов, работающих с детьми с церебральным параличом, показал, что чем раньше начата медикопедагогическая реабилитация этих детей, тем она эффективнее и лучше ее результаты.

Особые трудности представляет прогностическая оценка психомоторного развития детей с ДЦП. Благоприятный прогноз наиболее вероятен при спастической диплегии и гемипаретической формах ДЦП. По данным К. А. Семеновой (1973), 70% детей с гемипаретической формой ДЦП учатся в общеобразовательных школах и только 29,2 % имеют сниженный интеллект. По нашим данным, у 65 % детей со спастической диплегией интеллект первично сохранен и они способны к обучению по общей программе, у 38 % отмечается умственная отсталость в степени дебильности и только у 7% детей наблюдаются глубокие нарушения интеллекта (Мамайчук, 1985, 1992). Особые трудности в процессе социальной адаптации испытывают дети с гиперкинетической формой ДЦП. Несмотря на первично сохраненный интеллект, они не могут из-за тяжелого двигательного дефекта посещать среднюю школу, а в дальнейшем работать. Наиболее неблагоприятен социальный прогноз у детей с двойной гемиплегией и с атонически-астатической формой ДЦП из-за грубого недоразвития интеллекта.

Медицинская реабилитация и социальнопедагогическая адаптация детей с церебральным параличом на различных этапах развития общества решалась поразному. В конце XVIII и в начале XIX веков в Европе появляются не только дома призрения, но и лечебные учреждения для детей с двигательными нарушениями. Они возникли в столицах и крупных городах. Например, в Лондоне, в Копенгагене, Стокгольме, Мюнхене и др. Приблизительно в тот же период такие учреждения стали появляться и на других континентах — в США, Японии, Австралии.

В России такое учреждение впервые открылось в Санкт-Петербурге в 1890 году. Общество «Синий Крест» организовало «Приют для детейкалек и паралитиков» на 20 человек. В этом приюте дети наблюдались врачами, получали начальное образование и обучались ремеслу. С 1904 года консультантом, а затем руководителем лечебного процесса в приюте становится основоположник отечественной ортопедии профессор Военномедицинской академии Генрих Иванович Турнер. В 1936 году на базе лечебнопедагогического учреждения для детей с двигательными нарушениями был создан Научноисследовательский институт детской ортопедии и травматологии имени Г. И. Турнера. В настоящее время на Лахтинской, 10, где был открыт первый в России приют для детейкалек, находится поликлиника Института Турнера, кафедра детской ортопедии и травматологии. За многолетний период в Институте им. Г. И. Турнера накоплен огромный опыт не только ортопедохирургического лечения детей, но и лечебнопедагогической и психологической работы с ними. Со дня основания приюта на базе института постоянно работала школа, а с 1962 года была организована первая в СССР психологическая служба под руководством доцента Р. Я. Абрамович-Лехтман. В 1967 году в клинике института появилось специальное отделение для восстановительного и ортопедохирургического лечения детей с церебральным параличом. А в 1968 году — отделение «Мать и дитя», где ребенок вместе с матерью находился в течение трех месяцев. За этот период ребенок получал комплексное восстановительное лечение, занимался с психологом, логопедом, в кабинете ЛФК, а мать обучалась уходу за ребенком, элементарным педагогическим навыкам у логопеда, психолога, педагога-дефектолога. Опыт работы отделения «Мать и дитя» обобщен в научных трудах института. В конце 1950х годов в Ленинграде и в других крупных городах Советского Союза стали появляться санатории и школыинтернаты для детей с нарушениями движений. В основном в этих школах получали знания и помощь дети с детским церебральным параличом. Одним из первых специализированных учреждений для детей с ДЦП в Санкт-Петербурге является санаторий Комарове, имеющий многолетний опыт санаторнокурортного лечения таких детей. Под руководством С. А. Бортфель были разработаны оригинальные методы лечебной физкультуры для детей с ДЦП. В начале 1970х годов в Москве был открыт Всесоюзный Центр восстановительного лечения детей с детским церебральным параличом. В настоящее время в России функционируют более 40 школ для детей с ДЦП, а также специализированные детские сады и группы «Особый ребенок».

Однако подобных учреждений далеко недостаточно, особенно для подростков и молодых людей с ДЦП. Кроме того, не разработаны программы дифференцированного обучения детей с ДЦП с учетом степени тяжести двигательного и интеллектуального дефекта. Решение этих проблем возможно при психологическом изучении детей с церебральным параличом.

Возрастная динамика психомоторного развития детей с детским церебральным параличом

В исследованиях отечественных и зарубежных клиницистов отмечается замедленное развитие психомоторных функций у детей с церебральным параличом, особенно на ранних этапах постнатального онтогенеза (Henderson, 1961; Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Мастюкова, 1973; Бадалян, Журба, Тимонина, 1988 и др.).

В работах К. А. Семеновой с соавторами выделены три основные стадии течения ДЦП: ранняя стадия — первые месяцы жизни; ранняя резидуальная — первые годы жизни и поздняя резидуальная — с 24 до 16 лет.

Ранняя стадия характеризуется острыми нарушениями гемодинамики ликвора, возникающими в процессе родов. Это вызывает у ребенка значительные нарушения регуляции мышечного тонуса по типу экстензорной ригидности. Кроме того, прогностическими симптомами ДЦП являются не только нарушения мышечного тонуса, но и наличие стойких позотонических (детских рефлексов), тормоз в развитии движений, наличие атипичных движений. В большинстве случаев наблюдается отставание психического и речевого развития. У некоторых больных с ДЦП проявления задержки в развитии психоречевых функций с возрастом сглаживаются, однако у подавляющего большинства детей с ДЦП задержка психического развития носит стойкий характер и проявляется на последующих стадиях. Ранняя резидуальная стадия ДЦП продолжается в зависимости от формы и тяжести заболевания от нескольких месяцев до 34 лет. Эта стадия является непродолжительной при двойной гемиплегии и тяжелой спастической диплегии. Она характеризуется тем, что активность тонических рефлексов у ребенка остается и даже может нарастать. Установочные рефлекс у ребенка не формируются или формируются их элементы. Произвольная моторика резко отстает в своем развитии, кроме того, нарастают патологические синергии, устанавливаются патологические двигательные стереотипы.

Третью стадию условно называют конечной стадией заболевания. Она характеризуется окончательным развитием патологического двигательного стереотипа, организацией контрактур и деформаций на основе неврологических синдромов, которые развиваются в течение первых стадий заболевания. Внутри этой стадии *К. А. Семенова выделяет следующие две подстадии.*

§ Конечная стадия 1й степени характеризуется патологическими двигательными стереотипами, позволяющими ребенку самостоятельно или с поддержкой передвигаться, овладеть письмом, теми или иными элементами самообслуживания, трудовыми процессами. Речь ребенка может развиваться нормально, или имеются легкие речевые нарушения.

§ Конечная стадия 2й степени может наступить очень рано, в первые месяцы жизни ребенка. У ребенка быстро нарастают массивные, множественные артрогенные контрактуры, тяжелые деформации. Как правило, у детей наблюдаются отставание интеллектуального и речевого развития.

Особые трудности представляет ранняя диагностика ДЦП. Предположение о заболевании устанавливается в основном во второй половине первого года жизни. Однако при тщательном психологическом обследовании ребенка с угрозой ДЦП можно получить высокоинформативные данные о возможном развитии задержки психического развития у ребенка уже в первые три месяца.

Нами было проведено лонгитюдное обследование 45 детей в возрасте от 0 до 3 месяцев, у которых, по заключению невропатологов, была угроза возникновения ДЦП. У этих детей специалистами было диагностировано нарушение мозгового кровообращения разной степени тяжести, в анамнезе наблюдались асфиксия, родовая травма или асфиксия с родовой травмой одновременно. Оценки по шкале Апгар у детей варьировались от 4 до 8 баллов. Невропатологи разделили детей на три группы — по степени тяжести клинических проявлений: легкая, средняя, тяжелая по 15 детей в каждой группе.

Психологическое обследование проводилось в четыре этапа в возрасте от 0 до 3 месяцев, от 3 до 6 месяцев, от 6 до 9 месяцев и с 9 до 12 месяцев по специально разработанной нами схеме, состоящей из четырех основных блоков:

- § исследование ощущений;
- § исследование предметных действий;
- § исследование произвольной активности;
- § исследование особенностей эмоциональных проявлений.

В процессе психологической диагностики необходимо обратить внимание на развитие ощущений младенца, тонкость и точность которых неразрывно связана с развитием его движений. К моменту рождения ребенка наблюдается несогласованное движение глаз, но к концу третьей недели здоровый младенец делает согласованный поворот обоих глаз и сведение их осей на фиксируемом предмете. Прослеживание предмета, движущегося перед глазами младенца, оказывается доступным ему уже на 3032й день. К концу второго месяца жизни здоровый младенец может следить за предметами, движущимися в разных направлениях. Предметы, находящиеся в нестатичном состоянии, особенно яркие, красочные, привлекают младенца больше, чем бесцветные. Первыми реакциями на звук являются вздрагивание век, рук, произвольные движения лицевых мышц и туловища в ответ на сильный хлопок в ладоши около уха. На 1012й день младенец начинает реагировать на звук человеческого голоса. На втором месяце звук может вызвать торможение даже пищевого рефлекса. Младенец замирает, услышав голос матери. К концу первого месяца жизни вырабатываются условные реакции на запахи. Очень рано обнаруживаются реакции на тактильные и температурные ощущения.

В результате исследования ощущений обследуемые младенцы были разделены на три основные группы по успешности выполнения заданий.

§ В первую группу (12 детей, 26,6%) вошли младенцы, у которых не наблюдалось выраженных нарушений в развитии ощущений, несмотря на недоразвитие двигательных функций, повышенный мышечный тонус и другие неврологические симптомы, указывающие на церебральноорганическую недостаточность по типу ДЦП. Причем корреляций между успешностью выполнения заданий и степенью тяжести клинических проявлений не получено ($r_{0,21}$).

§ Во 2й группе — младенцы с задержкой в формировании сенсорных функций (22 ребенка, 48,8 %). У них наблюдался комплекс оживления при предъявлении предмета, но, в отличие от предыдущей группы, это проявлялось не в реакции сосредоточения на нем, а в беспорядочных, хаотичных движениях конечностей.

§ В 3-й группе (11 детей, 24,6 %) наблюдалась выраженная задержка в формировании зрительных и слуховых сосредоточений. Движения глаз не согласовывались с поворотом головы, а движения рук были хаотичны.

В процессе повторного обследования младенцев в возрасте от 3 до 6 месяцев делался упор на анализ взаимодействия зрения и движений. К концу 3го месяца у здорового младенца начинают образовываться связи между зрением и движением рук. Например, простое разглядывание своей руки приводит к увеличению его активности. Случайно попавшая в поле зрения рука задерживается перед глазами младенца, и он пытается схватить предмет, когда рука и предмет одновременно оказываются в поле его зрения. В период от 4 до 8 месяцев повышается активность взаимодействия руки и глаза. Координация зрения и хватания является решающим шагом в объективизации предметного мира у младенца и пусковым механизмом в развитии предметнопрактических манипуляций.

Предметнопрактические действия активно развиваются у ребенка в первый год жизни. Р. А. АбрамовичЛехтман выделила четыре основных этапа в формировании предметнопрактических действий у детей первого года жизни. Первый — этап преддействия — начинается у младенца уже в 2,5 месяца. Ребенок выполняет направленные движения с предметами: водит руками по одеялу, захватывает одной рукой кисть другой руки и т. п. Этап результативных действий начинается с 4 месяцев. Ребенок осваивает хватательные движения, после чего ему становятся доступными многообразные предметные действия: притягивание, постукивание, толкание, выпускание из рук, разрывание бумаги и многое другое. После 7 месяцев ребенок может действовать с двумя предметами одновременно (всовывание, вкладывание, вынимание, нанизывание колец и т. п.). Это этап соотносящих действий. К концу первого года жизни ребенок выполняет функциональные действия, подражая аналогичным действиям взрослых: мешает ложкой в чашке, пишет палочкой, причесывает куклу и т. п. Предметные действия являются важной формой активного познания ребенком окружающего мира и основой формирования сенсорноперцептивных и мыслительных процессов.

При повторном обследовании младенцев в возрасте от 3 до 6 месяцев мы анализировали особенности развития предметнопрактических манипуляций.

У здорового ребенка в этот период активизируются хватательные движения — это важная предпосылка для совершенствования предметнопрактических действий (захватывания, притягивания, отталкивания, качания, бросания и т. п.). Основой подобных действий является интерсенсорная связь «рука—глаз», которая начинает функционировать у здорового ребенка в 4 месяца. Это важный пусковой механизм в становлении предметнопрактических действий. Исследования показали, что только у 5 детей 1й группы наблюдалось своевременное развитие этого типа связей, у остальных детей выявлено отставание на 1,52 месяца. У всех детей 2й группы интерсенсорная связь также сформировалась позднее, чем у здоровых детей, хотя многие дети могли одновременно удерживать предмет и смотреть на него. У них наблюдалось кратковременное сосредоточение на предмете, и они быстро выпускали его из рук. Это связано, с одной стороны, с несформированностью двигательных функций рук, а с другой стороны, с нарушением внимания. В 3й группе детей интерсенсорная связь «рука—глаз» сформировалась значительно позже, в период от 7 до 24 месяцев. Мы наблюдали резкое снижение познавательной активности у некоторых детей этой группы, несмотря на достаточный объем движений рук. Обследование детей в возрасте от 6 до 9 месяцев показало, что соотносящие действия вызывали некоторые трудности у детей 1й группы, так как их выполнение требует тонкой и дифференцированной работы кисти. Однако у всех детей наблюдалась познавательная активность, дети сосредоточивались на предметах более длительно, с удовольствием брали предмет в руки, рассматривали его, пытались переключать из руки в руку и т. п. У детей 2й группы соотносящие действия обозначались только к концу первого года жизни, но они также испытывали интерес к предмету, желание взять его в руку. А такие действия, как постукивание, всовывание, вынимание, были им практически недоступны. У детей 3й группы соотносящие действия начали формироваться только на втором году жизни. В процессе предметнопрактических манипуляций ребенка мы учитывали не только специфику и уровень их развития, но и длительность сосредоточения на предметах и эмоциональное отношение к ним.

Важный показатель произвольной активности у младенца являются особенности его внимания. Первые проявления сосредоточенности младенца становятся заметны на 1012й день после рождения. К концу 1го месяца младенец уже может следить за яркими, блестящими предметами, находящимися на близком от него расстоянии. В 3 месяца младенец дольше слушает звуки колокольчика, когда тот находится в поле его зрения. В этот же период ребенок отвечает реакцией оживления на приход человека. С 5го месяца объектом внимания ребенка все чаще становится определенный предмет: яркая игрушка, блестящий шарик, которыми он манипулирует. Роль действия с предметами для удержания этого предмета в поле зрения особенно возрастает у здорового ребенка после 7 месяцев. К концу 1го года жизни, особенно когда малыш начинает ходить, его внимание охватывает большую площадь. Ребенок, производя функциональные действия с предметами, может сосредоточенно заниматься в течение 810 минут.

Обследование младенцев с угрозой ДЦП в возрасте 69 месяцев было направлено на анализ их произвольной активности и внимания. У детей с ДЦП, в отличие от их здоровых сверстников, наблюдалось недлительное сосредоточение на предметах, особенно у детей 3й группы (не более 34 минут). Особое значение в формировании устойчивости внимания играет поисковая активность ребенка и уровень развития его предметнопрактических действий. У обследуемых детей, особенно во 2й группе, уровень развития предметнопрактических манипуляций был незначительно снижен, замечалась поисковая активность, однако внимание оставалось неустойчивым и слабоконцентрированным. С наибольшими трудностями концентрации внимания сталкивались дети 3й группы. В отличие от младенцев предыдущих групп, здесь недоразвитие внимания тесно коррелировало с недоразвитием предметнопрактических манипуляций. Эти данные подчеркивают тотальность недоразвития всех психических функций у младенцев 3й группы, в отличие от младенцев 1й и 2й групп, где четко прослеживается парциальность недоразвития психических функций: внимание, локомоторные функции.

Обследование младенцев в возрасте 912 месяцев было направлено на анализ эмоциональных реакций.

Уже с 4 месяцев здоровый ребенок все чаще реагирует общим комплексом оживления на появление матери, на ее голос, улыбку. Однако до 4 месяцев его реакции скорее недифференцированные, ребенок одинаково положительно может встречать как близких, так и чужих людей. В 910 месяцев младенец радостно тянется к матери, выражая свое удовольствие ее присутствием. Появление чужого человека способно вызвать у него настороженность, удивление, а при попытке постороннего приблизиться или взять его на руки малыш отвечает оборонительными движениями головы, рук, громким плачем. С 6 месяцев у ребенка начинают проявляться позитивные эмоциональные реакции при восприятии различных игрушек и действий с ними. У младенцев 1й и 2й групп существенных отклонений в особенностях эмоционального реагирования не выявлено. В 3й группе задержка в развитии встречалась у 6 младенцев из 11. У них не возникало комплекса оживления даже на появление матери, ее голос или улыбку. Матери обращали внимание психолога, что дети не отличают их от других взрослых. Кроме того, эти дети выказывали негативные эмоциональные реакции: частый плач или смех без соответствующей внешней стимуляции. Позитивных эмоциональных реакций у них не вызывали и

предметы. Нарушение эмоционального реагирования, особенно на близкие и знакомые предметы, является важным прогностическим показателем наличия у ребенка отставания в психическом развитии.

Сравнительный анализ развития психических функций у здоровых младенцев и младенцев с церебральноорганической недостаточностью по типу ДЦП показал следующее.

§ У здоровых детей на первом году жизни развитие психических функций отличается максимально выраженной интенсивностью не только по темпу, но и по качественным преобразованиям, особенно во втором полугодии жизни. Важную роль в формировании психических функций играют предметнопрактические манипуляции, уровень развития которых тесно связан с особенностями произвольной активности и эмоциональной устойчивости.

§ У младенцев с церебральноорганической недостаточностью по типу ДЦП наблюдается, с одной стороны, выраженная гетерохронность в развитии психических функций, а с другой — их автономность. Причем чем больше выражена автономность психических функций, тем ниже динамика психического развития ребенка.

§ Прямой связи между тяжестью клинических проявлений и уровнем развития психических функций не выявлено.

Эти данные подчеркивают высокую значимость психологической диагностики в прогностической оценке динамики психического развития младенцев с угрозой ДЦП и позволяют разработать дифференцированные методы психологической коррекции.

Особенности сенсорноперцептивной деятельности детей с церебральным параличом

Специальные психологические исследования особенностей развития сенсорноперцептивных и интеллектуальных процессов при детском церебральном параличе в зарубежной и отечественной литературе представлены крайне скупо. Ряд авторов связывают нарушения познавательных процессов при ДЦП с нарушениями моторики (Botta N., Botta P., 1958; АбрамовичЛехтман, 1962;

1965; Ипполитова, 1967; Данилова, 1969, 1977; Поппандова, 1971;

Мастюкова, 1973; Симонова, 1981 и др.). В этих работах подчеркивается, что нарушения восприятия предметов, зрительнопространственной ориентировки при ДЦП обусловлены двигательной недостаточностью, а с увеличением степени тяжести дефекта становятся более выраженными. Авторами предлагались специальные коррекционные воздействия по формированию пространственных функций.

Еще в конце 1950х годов на кафедре общей психологии ЛГУ под руководством профессора Б. Г. Ананьева был проведен ряд исследований особенностей развития пространственных восприятий у детей с двигательными нарушениями периферического характера. Р. А. Воронова (1956), работая над особенностями дифференцировки пространственных сигналов методом условных сосудистых рефлексов, выявила затруднения в различении вертикальных линий у детей, перенесших полиомиелит.

Автор предложила обращать особое внимание на развитие пространственного различения по вертикали. Ограничение в практическом овладении пространством у больных в возрасте от 8 до 11 лет проявлялось и в развитии речи, а именно в несформированности понятия предлогов, обозначающих пространственные положения. Автор отмечала, что, когда ребенок учился самостоятельно ходить, эти отклонения постепенно сглаживались.

Недоразвитие пространственных восприятий наблюдается у детей со всеми формами двигательной недостаточности (врожденные и рано приобретенные ортопедические заболевания, миопатии и миодистрофии, вялые параличи) (Мамайчук, 1988; Мендоса, 1990 и др). Однако эти нарушения носят временный характер, и с началом самостоятельной ходьбы они легко компенсируются.

Патогенез нарушения познавательных процессов у детей с ДЦП чрезвычайно сложен. Вместе с патологией двигательнокинестетической функциональной системы существенную роль в недоразвитии восприятия играют сенсорные, интеллектуальные и речевые расстройства, имеющиеся у этих больных (Kastein, Hendin, 1951; Henderson, 1961; Oswin, 1967; Saran, 1986; Семенова, Мастюкова, Смуглин, 1972; Мамайчук, 1976, 1978; Калижнюк, 1983). Несмотря на значительное число авторов, отмечающих недоразвитие зрительнопространственных функций при ДЦП, исследований, направленных на изучение динамики и механизма их формирования, в литературе представлено недостаточно.

Эволюционногенетический подход к формированию познавательных процессов, успешно разрабатываемый отечественными и зарубежными учеными, позволил выделить стадии формирования восприятия в онтогенезе (Запорожец, 1960; Ананьев, Рыбалко, 1964; Венгер, 1965, 1969; Пиаже, 1969; и др.).

Ж. Пиаже на большом эмпирическом материале выделил стадии развития индивидуального восприятия. Он показал, что онтогенез отражения пространственных характеристик начинается с восприятия топологической структуры объектов, проходит через отображение проективных и аффинных свойств, далее идет к воспроизведению подобия и завершается изображением в образе метрических свойств объектаоригинала.

В исследованиях Л. М. Веккера и его учеников (Веккер и др., 1971), посвященных проблеме фазовой динамики становления перцептивного образа при снятии внутренних помех, были выделены фазы становления образов восприятия, последовательность которых доказана в многочисленных экспериментах по изучению восприятия в различных модальностях и в условиях помехи. Исследование динамики формирования перцептивных образов было продолжено учениками Л. М. Веккера на контингенте школьников, в том числе с ДЦП. Сопоставление изображений плоских фигур после осязательного и зрительного восприятия показало, что у больных детей рисунки соответствуют топологической адекватности, а у здоровых — метрическим характеристикам объектов.

В проведенном нами сравнительном онтогенетическом исследовании особенностей гаптического и зрительного восприятия дошкольников с ДЦП была выявлена недостаточная сформированность образов восприятия в обеих модальностях. При этом у больных с ДЦП отмечаются те же закономерности формирования образов восприятия, что и у здоровых детей. Онтогенез отражения пространственных характеристик предметов в процессе восприятия у больных с ДЦП, так же как и у здоровых детей, начинается с восприятия топологической структуры объектов, проходит через отображение проективных и аффинных свойств, отображение подобия и заканчивается метрическим инвариантом. Однако возрастной анализ формирования осязательных и зрительных образов у больных с ДЦП вскрыл их «застывание» на уровне топологических и аффинных признаков отображения предметов.

С целью дальнейшего анализа внутри каждой возрастной группы больных детей были выделены подгруппы с учетом уровня умственного развития и степени тяжести двигательного дефекта. Анализ показал, что определяющую роль в формировании

адекватности восприятия и отображения предметов играет уровень умственного развития ребенка. У детей с ДЦП с первично сохранным интеллектом прослеживаются затруднения в анализе и синтезе осознательных сигналов, а у детей с нарушенным интеллектом отмечаются глубокие нарушения сенсорноперцептивной и исполнительной деятельности, что крайне негативно отражается на качестве отображения и словесного обозначения воспринимаемых объектов. У детей с первично сохранным интеллектом, но с тяжелыми двигательными нарушениями эффективность отображения в слове и в рисунке осознательных и зрительных образов значительно выше, чем у детей с нарушением умственного развития, но с менее выраженным двигательным дефектом (Мамайчук, 1971, 1978).

Полученные данные убедительно показали, что в основе нарушений восприятия и отображения фигур у детей с ДЦП лежит дефицит интегративной функции мозга. Степень тяжести двигательного дефекта не является определяющим фактором в недоразвитии сенсорноперцептивной деятельности у этих детей.

Недоразвитие зрительнопространственного анализа и синтеза у больных с ДЦП на ранних этапах онтогенеза негативно влияет на формирование интеллектуальных функций.

Психологическая помощь детям с церебральным параличом, ее направление и задачи

Трудности восстановительного лечения детей с детским церебральным параличом обусловлены не столько тяжестью двигательного дефекта, а главным образом своеобразными особенностями их умственного и эмоциональноволевого развития. Поэтому своевременно оказанная психологопедагогическая помощь является одним из важнейших звеньев системы их реабилитации.

В настоящее время вопросы психологической помощи детям с ДЦП освещены недостаточно. Практическое применение различных психотехнических приемов, направленных на больных с ДЦП, часто используется психологами и педагогами без учета формы заболевания, уровня развития интеллектуальных процессов и особенностей эмоциональноволевой сферы. Отсутствие четко разработанных дифференцированных методов психокоррекции детей с ДЦП, неадекватный подбор психотехнических средств могут отрицательно сказываться на качестве психического развития больного ребенка, а также создают существенные трудности в работе педагогов и родителей.

Многолетний опыт нашей работы показывает, что правильно подобранные методы психологической помощи с учетом индивидуальнопсихологических особенностей больных оказывает положительное влияние на динамику их умственного и личностного развития.

Мы рассматриваем психологическую помощь детям и подросткам с церебральным параличом как сложную систему реабилитационных воздействий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности больного с ДЦП, формирование системы ценностных установок и ориентации, развитие интеллектуальных процессов, которые соответствуют психическим и физическим возможностям больного ребенка. Важное значение имеет решение частных задач: устранение вторичных личностных реакций на физический дефект, длительное пребывание в стационаре и хирургическое лечение.

Эффективность психологической помощи детям с церебральным параличом в значительной степени зависит от качественной психологической диагностики.

Процесс психологической диагностики детей с ДЦП рекомендовано разделить на следующие направления: психологическая диагностика развития моторных функций, сенсорных функций, мнемических, интеллектуальных, а также особенностей мотивационнопотребностной сферы и индивидуальноличностных характеристик.

Клиникопсихологическое обследование детей с ДЦП является чрезвычайно сложным. Это обусловлено тяжелой двигательной патологией, а также наличием у большинства детей интеллектуальных, речевых и сенсорных нарушений. Поэтому обследование детей с ДЦП должно быть направлено на качественный анализ полученных данных.

Предъявляемые ребенку задания должны быть не только адекватны его хронологическому возрасту, но и уровню его сенсорного, моторного и интеллектуального развития. Сам процесс обследования необходимо проводить в форме игровой деятельности, доступной ребенку. Особое внимание следует обратить на двигательные возможности ребенка с ДЦП. Учет физических возможностей больного с ДЦП очень важен при психологическом обследовании. Например, при полной обездвиженности ребенок укладывается в удобное для него положение, в котором достигается максимальное мышечное расслабление. Дидактический материал, используемый при обследовании, необходимо располагать в поле его зрения. Обследование рекомендуется проводить в манеже, на ковре или в специальном кресле. При выраженном мышечном напряжении ребенку придают так называемую «эмбриональную позу» (голову ребенка пригибают к груди, ноги сгибают в коленных суставах и подводят к животу, руки сгибают в локтевых суставах и скрещивают на груди). Затем производят несколько качательных движений по продольной оси тела. После этого тонус мышц значительно уменьшается, и ребенок укладывается на спину. При помощи специальных приспособлений (валиков, мешков с песком, резиновых кругов, поясов и т. д.) ребенок фиксируется в этом положении. При выраженности произвольных лишних движений — гиперкинезов, которые мешают захвату игрушки, перед началом обследования рекомендуется провести специальные упражнения, способствующие уменьшению гиперкинезов. Например, можно производить перекрестные движения с одновременным сгибанием одной ноги и разгибанием и приведением к этой ноге противоположной руки. Приспособления для фиксации позы особенно важны при обследовании ребенка с гиперкинезами (применяются специальные пояса, манжеты, марлевые кольца, шлемы и т. д.).

У детей с церебральными параличами нарушения в психическом развитии стоят в тесной взаимосвязи с двигательными расстройствами. Обездвиженность ребенка с церебральным параличом во многом мешает ему активно познавать окружающий мир. Многие дети с церебральным параличом бывают вынуждены подолгу лежать в одной позе, так как не могут изменить ее, повернуться на другой бок или на живот. Помещенные в положение на животе, они не могут поднять и удержать голову, сидя, они часто не могут работать руками, так как используют их для сохранения равновесия, и т. д. Все это способствует значительному ограничению поля зрения, препятствует развитию зрительномоторной координации.

При оценке двигательных возможностей ребенка, для развития его познавательной деятельности необходимо учитывать состояние моторики не только в момент обследования, но следует обратить внимание на время овладения ребенком теми или иными двигательными навыками (время удержания головы, время первых захватываний игрушек, время самостоятельного передвижения). Вторым важным моментом в исследовании двигательных функций у детей с церебральными параличами является оценка их

«функциональной приспособляемости» к своему двигательному дефекту. У детей с сохранным интеллектом она достаточно выражена. То есть ребенок, несмотря на тяжелый гипертонус, пытается схватить предмет и приспособляется его удерживать, рассматривать, удерживая предмет в кулаке или между средним и безымянным пальцами.

При оценке двигательной сферы детей с ДЦП необходимо помнить об уровне подходе с учетом особенностей клиникопатологической структуры аномалий развития моторной сферы, обусловленных недостаточностью различных отделов нервной системы. Например, при недостаточности подкоркового уровня организации движений наблюдаются нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений. При поражении же кортикального уровня сказывается нехватка силы, точности движений, формирования предметных действий.

При детском церебральном параличе наблюдается недоразвитие мышечного тонуса, играющего ведущую роль в преднастройке движений, их стойкости, стабильности, эластичности. При недостаточности тонической функции в раннем возрасте происходит сбой в формировании ряда рефлексов, обеспечивающих удержание головы, сидение, стояние, сохранение позы. В более старшем возрасте нарушения мышечного тонуса оказывают отрицательное влияние на работоспособность, обучение. Баллон (1967) отмечал, что патологический мышечный тонус у ребенка вызывает усталость рук, быструю общую утомляемость, невозможность концентрировать внимание. Патологический гипертонус с напряженностью позы, отсутствие пластичности также приводят к быстрой утомляемости и снижению внимания. Особенно наглядно это отражается в рисунках и в письме ребенка. Изза скованности движений линии не доводятся до конца, рисунок отличается мелким размером, прерывистостью линий. Нарушение тонуса отражает дефицит подкорковых функций у детей с ДЦП, что, в свою очередь, приводит к нарушению в формировании автоматических движений. У ребенка страдает синхронность движений ног и рук при ходьбе, поворотах туловища, наблюдается недоразвитие выразительных движений, в первую очередь мимических, особенно важных в процессе общения. Отставание в развитии выразительных движений на ранних этапах детства, когда еще недостаточно развита речь, усугубляет задержку его психического развития. Например, значительное недоразвитие выразительной моторики наблюдается при умственной отсталости. Это проявляется в невыраженности, обедненности, монотонности мимики, жестов, защитных и автоматических движений (Вайзман, 1976).

Патология кортикального уровня движений формирует разнообразную симптоматику нарушений моторных функций.

При повреждении ядерных зон сенсомоторных отделов будут страдать частичные компоненты движения: сила, точность и скорость. При патологии как премоторных, так и постцентральных отделов головного мозга наблюдаются нарушения целостных двигательных актов, объединенные общим названием апраксии.

Исследования Н. А. Бернштейна, а затем и А. Р. Лурии показали, что при нормальном развитии премоторные системы работают как своеобразные посредники, устанавливающие и поддерживающие связь между кортикальной и экстрапирамидной системами (Бернштейн, 1947). При премоторном дефекте возникает дисфункция «кинетической мелодии» движения (Лурия, 1962). Из плавного оно превращается в толчкообразное, дезавтоматизированное, состоящее из отдельных, не связанных друг с другом элементов. При постцентральных нарушениях коры головного мозга прослеживается так называемая аферентная апраксия с недостаточностью коркового анализа кинестетических импульсов и выражающаяся в затруднениях выбора нужной комбинации движений (Лурия, 1962).

Однако при анализе нарушений движений у ребенка необходимо помнить, что в детском возрасте двигательная система, особенно отдельные ее компоненты, еще находится в процессе становления. В связи с этим четкость, локальность и изолированность нарушений проявляются не столь заметно. При детском церебральном параличе наблюдается диффузная симптоматика, сочетающая в себе повреждения в двигательной сфере с ее недоразвитием.

К явлениям недоразвития относятся синкинезии — произвольные движения, не связанные по смыслу с произвольными движениями. Например, ребенок при попытке поднять одну руку одновременно поднимает и вторую; при движении пальцев одной руки возникают аналогичные движения в другой. Синкинезии присутствуют у всех детей, особенно в ранние периоды, но постепенно они уменьшаются, и в подростковом возрасте совсем проходят. При детском церебральном параличе они имеют место в течение длительного времени, а в тяжелых случаях сопровождают человека всю жизнь.

Второе важное направление в психологической диагностике дошкольников с ДЦП — это оценка их сенсорно перцептивных функций.

Клиникопсихологическое обследование детей дошкольного возраста с церебральным параличом

У многих детей, страдающих церебральным параличом, отмечаются сенсорные нарушения, которые проявляются в недостаточности зрительного и слухового восприятия, в заторможенности перцептивных действий.

В отечественной психологии под перцептивными действиями понимают восприятие, направленное на создание образа предмета.

Главное свойство перцептивного образа — его предметность, формируется при соотнесении субъектом получаемой сенсорной информации с действительными качествами воспринимаемого объекта, для обнаружения которых недостаточно одного созерцания, а требуется практическая связь с объектом (Ж. Пиаже, А. В. Запорожец). Перцептивное действие осуществляется при помощи сенсорнодвигательной интеграции. Примером перцептивного действия может быть рассмотрение ребенком нового предмета, для чего, прежде всего, необходимо выделение его из окружающего фона. При нарушении перцептивных действий у детей с ДЦП наблюдается неспособность к интеграции частей воспринимаемого предмета в целостный образ (Мамайчук, 1978). Например, ребенок может выделить какую-то отдельную часть предмета, но соотнести его с другими частями и воспринять целостность этого предмета ребенок с ДЦП нередко затрудняется. Особенно наглядно недоразвитие перцептивных действий проявляется в процессе конструирования и рисования.

У детей с ДЦП могут существенно страдать все этапы развития зрительных функций.

У многих детей с церебральным параличом отсутствует активность при зрительном восприятии предметов. Ребенок не ищет глазами спрятанный или упавший предмет. Для того чтобы ребенок проследил за предметом, необходимо, чтобы предмет попал в поле его зрения. Такая функция прослеживания при нормальном развитии характерна для детей первых 4 месяцев жизни, у больных детей этот период заметно увеличен. Кроме того, у детей с ДЦП наблюдается недостаточность зрительно-моторной координации: ребенок не

тянется к видимой игрушке и не захватывает ее, т. е. зрение активно не направляет движение его руки к определенной цели. С другой стороны, захватив игрушку, ребенок не пытается ее рассмотреть, т. е. отмечается отсутствие единого поля зрения и действия.

Для исследования зрительного восприятия у ребенка с церебральным параличом ему показывают яркую блестящую игрушку, которая помещается в поле его зрения, что дает возможность для длительной фиксации на ней взгляда, возможность прослеживания ее во всех направлениях. Психолог отмечает, тянется ли ребенок к видимой игрушке. При недостаточности указанных функций необходимо определить причину этих нарушений:

отсутствие интереса, преобладание реакций страха, грубое нарушение глазодвигательной иннервации, тяжелая двигательная патология.

Наряду с указанными наиболее простыми зрительными функциями экспериментируют с узнаванием знакомых игрушек, картинок (12 года), сличением цветов (23 года).

Исследование возможности сличения цветов проводится в виде обучающего эксперимента — занятие по подбору шариков по цвету.

Проведение занятия: 68 шариков одинакового размера, окрашенных в два цвета, складываются в общую коробку. На стол помещаются две пластмассовые тарелочки таких же цветов, как шарики.

Педагог на глазах у ребенка берет красный шарик, кладет его в красную тарелку, затем дает ребенку синий шарик и просит положить его в соответствующую по цвету тарелку. Если у ребенка тяжелое двигательное поражение, он взглядом указывает на тарелку, куда надо положить шарик. Постепенно задание усложняют, увеличивая количество предъявляемых ребенку цветов. При оценке результатов учитывается объем оказанной ребенку помощи.

У детей с 34 лет исследуют особенности восприятия объемного предмета и его соотнесения с плоским изображением. Для этого используют яркие игрушки и такие же картинки: ложка, ботинки, мячик, собака, яблоко. Ребенок рассматривает игрушки и при виде картинки показывает или подает соответствующую игрушку. При усложнении задания ребенку можно предложить сличение геометрических форм.

Наряду с нарушениями зрительного восприятия у детей с церебральными параличами может отмечаться недостаточность слухового восприятия.

Слуховое восприятие у детей с ДЦП подробно изучается, особенно в тех случаях, когда ребенок не понимает или ограниченно воспринимает обращенную речь. Проверяется состояние ориентировочного слухового рефлекса, возможность локализации звука в пространстве. Для этого ребенку предлагается указать жестом или взглядом спрятанный звучащий предмет. Если есть подозрение на нарушение у ребенка слуха, ему необходимо обследование сурдолога.

У некоторых детей с ДЦП отмечается повышенная чувствительность к слуховым раздражителям. Дети вздрагивают при любом неожиданном звуке. У многих детей это выражение врожденного безусловного рефлекса Моро, который при нормальном развитии является физиологическим до 6 месяцев, но у детей с ДЦП сохраняется значительно дольше.

При исследовании зрительного и слухового восприятия необходимо выявить, имеется ли у ребенка диссоциация в реагировании на зрительные и слуховые раздражители. Если это присутствует, то возможно нарушение сенсорной функции. Если же ребенок слабо реагирует на оба раздражителя, то это может быть связано с нарушением познавательной активности, что наблюдается у детей с задержкой в развитии или с психическим недоразвитием.

Психологопедагогическое обследование детей дошкольного возраста с церебральным параличом

Для определения уровня перцептивного и умственного развития у детей с ДЦП дошкольного возраста используются различные диагностические методики, широко применяемые в отечественной и зарубежной психологии.

Учитывая тормозящую роль сенсорных дефектов в умственном развитии детей с ДЦП, при психологическом обследовании основное внимание следует обратить на уровень развития сенсорноперцептивной деятельности. На первых этапах рекомендуется исследовать особенности зрительного восприятия: восприятия формы, цвета, величины и пространственных отношений предметов; уровень развития осязательного восприятия предметов:

формы, фактуры, веса; уровень сформированности конструктивных и графических навыков и умений. В обследовании необходимо включить изучение процессов анализа, синтеза и обобщений предметов, а также уровень развития количественных представлений.

При исследовании особенностей сенсорного и интеллектуального развития дошкольников с ДЦП важен не только сам результат выполнения заданий, а главное — способ их выполнения. И методики должны быть построены в соответствии с этими особенностями.

Для проведения данной работы необходимы определенное оборудование (детский стол и стул или же специальное кресло, если ребенок не сидит самостоятельно) и материал (доска Сегена, четырехцветные блоки и доска к ним, кубики Косса, их детский двухцветный вариант, лото «цвет и форма», «цвет и количество», набор объемных и плоских фигур для осязания; предметные картинки, набор карточек для обобщений методом исключения, 1 цветные карандаши, альбомы для рисования).

В процессе обследования ребенок должен чувствовать доброжелательное отношение. Не рекомендуется выставлять ребенку сразу все игрушки. Чтобы вызвать у ребенка интерес к занятию, можно предложить ему привлекательную игрушку, например красивую пирамидку, матрешку или доску с цветными шарами. Во время свободной игры ребенка психолог фиксирует следующие моменты:

- 1) проявляет ли ребенок интерес к игрушкам;
- 2) как долго ими занимается;
- 3) употребляет ли ребенок игрушку по назначению.

После наблюдения за ребенком ему предлагаются следующие задания.

Восприятие формы на доске сегена

Перед началом обследования психолог показывает ребенку собранную доску Сегена, затем раскладывает фигуры на столе и предлагает положить их на место. Результаты выполнения задания оцениваются по пятибалльной системе в зависимости от сложности задания и способов их выполнения.

Шкала оценок

- 0 — Хаотично располагает геометрические фигуры на доске Сегена без учета их формы.
- 1 — Правильно соотносит две контрастные фигуры (квадрат и круг), но не называет их.
- 2 — Правильно соотносит четыре фигуры (квадрат, круг, треугольник, овал), но затрудняется в их названии.
- 3 — Правильно соотносит все фигуры на доске Сегена и знает название двух фигур (например, квадрата и круга).
- 4 — Правильно называет четыре фигуры и соотносит все фигуры на доске Сегена.
- 5 — Правильно соотносит все фигуры и знает название шести фигур (квадрат, круг, треугольник, овал, ромб, прямоугольник).

Здоровые дети с 3-летнего возраста правильно соотносят фигуры на доске Сегена, а концу дошкольного возраста правильно их называют. Дети с ДЦП с потенциально сохранным интеллектом начинают справляться с заданием с 45 лет, однако испытывают некоторые трудности в их словесном обозначении. У детей с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием наблюдается преимущественно хаотичный, беспланный способ работы, в результате чего продуктивность выполнения задания резко снижена.

Восприятие цвета предметов

Психолог предлагает ребенку расположить цветные шары или кубики на доске, разделенной на четыре части в соответствии с основными цветами: красным, синим, желтым, зеленым.

Шкала оценок

- 0 — Хаотично располагает шары на доске без учета их цвета.
- 1 — Правильно соотносит на доске шары одного или двух цветов.
- 2 — Правильно соотносит с местом на доске шары четырех основных цветов, но путает их названия.
- 3 — Правильно располагает на доске шары по цвету и знает название двух цветов.
- 4 — Правильно располагает на доске шары по цвету и правильно называет все четыре цвета.
- 5 — Правильно называет шесть цветов и оттенков: красный, синий, желтый, голубой, коричневый, розовый, оранжевый, зеленый.

Здоровые дети уже в 3-летнем возрасте успешно справляются с заданиями на соотнесение цветов, в 4 года знают названия основных четырех цветов, к концу дошкольного возраста знают название оттенков. Дети с ДЦП с сохранным интеллектом, как правило, трудностей при соотнесении цветов по подобию не испытывают, но путают их названия. У детей с ДЦП с психическим недоразвитием наблюдаются трудности соотнесения цветов по подобию.

Восприятие величины предметов

Для исследования особенностей восприятия величины предметов психолог может предложить ребенку собрать двух или трехсоставные матрешки, пирамидки из разного количества колец, блоки или цилиндрики разной величины.

Шкала оценок

- 0 — Хаотично манипулирует с двухсоставной матрешкой, неправильно соотносит части по величине.
- 1 — Различает два контрастных по величине предмета и правильно называет их (собирает двухсоставную матрешку и называет «большая» и «маленькая»).
- 2 — Собирает трехсоставную матрешку и правильно называет большую, маленькую и самую маленькую.
- 3 — Правильно, с первой попытки соотносит по диаметру с местом десять цилиндров или плоских предметов.
- 4 Правильно с первой попытки соотносит цилиндрики по толщине, называет «самый толстый» и «самый тонкий».
- 5 — Правильно соотносит цилиндрики только по высоте или раскладывает палочки в порядке их возрастания.

Кроме теста, оцененного в 5 баллов, выполнение этих заданий не вызывает особых затруднений у здоровых дошкольников с 4-летнего возраста. У детей с ДЦП с сохранным интеллектом не вызывает особых трудностей различение контрастных предметов по величине (первое и второе задание). Но при соотнесении предметов с местом с учетом величины (третье и другие задания) у большинства детей отмечается хаотичный, беспланный способ работы, они правильно соотносят только контрастные величины. Однако дополнительная инструкция: «Возьми самый большой цилиндр и поставь его в самое большое отверстие» — помогла справиться с работой и успешно перенести усвоенный способ работы на выполнение следующих тестов. Дети же с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием плохо выполняли даже первые задания, хаотично манипулировали с предметами.

Исследование особенностей осязательного восприятия предметов

Исследование особенностей осязательного восприятия у дошкольников с церебральным параличом рекомендуется начинать с игры в «волшебный мешочек». Однако психолог должен ориентироваться не только на правильное называние ребенком осязаемой фигуры, но и на способы ее обследования. Для этого можно использовать в процессе специальную ширму.

Набор фигур для осязания состоит из набора объемных деревянных предметов (яйцо, катушка, бутылка, гриб, кольцо и т. д.), набора геометрических фигур одинаковой фактуры (куб, квадрат, шар, круг, треугольник, цилиндр и т. д.) и набора предметов различной фактуры (металлический шарик, шар, сшитый из шерстяной ткани, стеклянная бутылочка, деревянная бутылочка и др.). В процессе обследования от ребенка требуется правильно назвать предмет. Если ребенок затрудняется сделать это, ему предлагают

сопоставить (отождествить) предмет со знакомыми бытовыми объектами. Психологу же необходимо следить за движениями рук ребенка при ощупывании.

Шкала оценок

§ Словесное обозначение объектов.

0 — Не называет предмет или называет неправильно.

1 — Правильно называет отдельные части фигуры (например, у катушки выделяет круги; у гриба — шляпку; у пирамидки — кольца и т. д.).

2 — Отождествляет фигуру со знакомыми в быту предметами (например, катушку называет «ниткой», кольцо — «дыркой» и т. д.).

3 — Правильно называет предъявленную фигуру.

§ Способы гаптического обследования предложенных объектов.

0 — При первом соприкосновении с фигурой ребенок начинает постукивать ею, катать по столу, перекладывать из руки в руку.

1 — Держит фигуру неподвижно, не производит никаких обследовательских действий.

2 — Делает ощупывающие движения ладонью или всеми пальцами.

3 — Указательным пальцем одной руки обводит фигуру по контуру, второй рукой ее удерживает.

Анализ способов осязания предметов ребенком позволяет психологу выявить уровень развития его перцептивных действий. Перцептивное действие (действие восприятия) осуществляется при помощи сенсорнодвигательной интеграции, а при ее недоразвитии у детей с ДЦП наблюдаются затруднения в соотношении частей воспринимаемого предмета с целостным образом.

Исследование конструктивной деятельности

При исследовании конструктивной деятельности ребенку предлагают следующие задания:

- а) конструирование объемных построек из цветных кубиков одинаковой величины с помощью образцарисунка;
- б) выкладывание по рисунку определенных плоскостных фигур из цветных кубиков с выкрашенными в разные цвета сторонами;
- в) задания по конструированию по методике Косса (используются пять первых вариантов этой методики).

Шкала оценок

§ Конструирование объемных построек из кубиков с помощью рисункаобразца.

1 — Строит дорожку из трех кубиков, ориентируясь по двум цветам (например, красный и желтый).

2 — Строит «двухэтажную башню» из трех кубиков двух цветов (например, красный и желтый).

3 — Строит «трехэтажную башню» из семи цветных кубиков.

4 — Делает «трехэтажную» постройку сложной конструкции из кубиков четырех цветов.

5 — Делает «четырёхэтажную» постройку из восьми четырехцветных кубиков.

§ Выкладывание фигур на плоскости по образцурисунку.

1 — Складывает четыре двухцветных кубика так, что на плоскости получается квадрат, разделенный по цвету на четыре части.

2 — Складывает из четырех кубиков квадрат, разделенный по цвету на две части.

3 — Складывает из девяти кубиков квадрат, разделенный по цвету на три части.

4 — Складывает четыре кубика так, что получается ромб.

§ Конструирование по методике Косса.

1 — Складывает по образцурисунку квадрат из четырех кубиков двух цветов с вписанным в него треугольником.

2 — Складывает квадрат с вписанным в него основанием кверху треугольником.

3 — Складывает квадрат из четырех кубиков, разделенный на два равнобедренных треугольника.

4 — Складывает квадрат из четырех кубиков с вписанным в него ромбом.

5 — Постройка сложного рисунка из девяти кубиков.

У детей с церебральным параличом выполнение этих заданий вызывает особые трудности. Здоровые дети старшего дошкольного возраста успешно выполняют первые четыре задания по методике Косса. Дети с ДЦП с первично сохранным интеллектом успешно выполняют тесты серии А и Б, однако задания по методике Косса им практически недоступны. Дети путают пространственное расположение деталей, отмечают проблемы в предварительной ориентировке. Дети же с ДЦП с умственной отсталостью практически не могут разобраться в заданиях серий А и Б. Это проявляется в отсутствии предварительной ориентировки в задании, в хаотичных манипуляциях, в стереотипных действиях со строительным материалом.

Исследование особенностей рисования

Рисунок рекомендуется оценивать по степени развития у ребенка графических умений и качеству изображения фигур.

Шкала оценок

§ Графические умения.

0 — Ребенок не умеет правильно держать карандаш, наносит на бумагу неопределенные линии.

1 — Умеет правильно держать карандаш и располагать руку при рисовании; проводит вертикальные и горизонтальные линии по опорным точкам.

2 — Умеет регулировать движения в соответствии с задачей изображения: правильно регулирует силу режима; амплитуду, изменяет темп рисовального движения.

3 — Умеет изменять направление графических движений: проводит линии, образующие угол, не отрывая карандаша от бумаги, совершает дугообразные движения.

4 — Графические движения соразмеряет с заданной длиной или высотой отрезка, рисует короткую или длинную линию по словесной инструкции и по образцу.

5 — Движения соразмеряет с высотой и формой заданных изображений предметов, рисует прямоугольники с образцарисунка, большой и маленький круг и квадрат по словесной инструкции и по образцу.

§ Качество изображения фигур.

0 — Изображение отсутствует, или проводятся линии и точки, не имеющие сходства с объектом.

1 — Изображение напоминает символический рисунок, имеющий отдельные сходные с объектом элементы.

2 — В рисунке передается строение основной формы образца, но без некоторых существенных элементов.

3 — В рисунке достаточно верно и полно воспроизводится строение основной формы и дополнительных деталей образца, но не учитывается размер фигуры.

4 — Изображение с сохранением размера заданной фигуры.

5 — Изображение с сохранением размера и объема заданной фигуры.

Здоровые дошкольники успешно справляются с первыми тремя заданиями, отображение в рисунках размера фигур еще вызывает у них некоторые затруднения. Рисунки детей с церебральным параличом существенно отличаются как по качеству изображения, так и по технике рисунка. Даже к окончанию дошкольного возраста рисунки детей с сохранным интеллектом могут находиться на уровне символического изображения фигуры и ее частей.

Исследование мыслительных процессов

При исследовании у детей уровня обобщений используется методика на выделение лишнего предмета. Для этого необходимо иметь наборы карточек, на каждой из которых нарисованы четыре предмета. Ребенка просят показать, какой из четырех предметов ни в чем не соответствует остальным. Психолог отмечает, как ребенок понимает задание, на какой признак предмета ориентируется (цвет, форму, величину и т. д.), а также как ребенок словесно обозначает три объединенных в одну группу предмета.

Шкала оценок

0 — Не понимает инструкции, хаотично выбирает любую картинку.

1 — Ориентируется на несущественный признак предмета. Например, на картинке, где нарисованы яблоко, слива, шар, груша, исключает грушу, так как она не округлой формы.

Ориентируется на существенный признак предмета, но не может дать правильное объяснение. Ориентируется на существенный признак предмета и правильно объясняет свой выбор.

Классификация предметных картинок

Метод предметных классификаций позволяет выявить не только особенности обобщения и абстрагирования, но также особенности внимания, памяти, личностных реакций на собственные достижения и неудачи.

Перед началом занятия психолог кладет перед ребенком 67 предметных картинок и предлагает сложить вместе те, которые друг к другу подходят. На трех карточках этого набора изображены животные, на двух — одежда, а на одной — посуда. Если ребенок успешно справился с заданием, рекомендуется добавить еще 1015 карточек, подходящих к тем же группам. Психолог фиксирует, как ребенок понимает задание, адекватно ли его выполняет и какова обучаемость ребенка. Это задание рекомендуется давать детям не раньше 5-летнего возраста.

Шкала оценок

0 — Хаотично манипулирует с предметными картинками, не понимает инструкции.

1 — Понимает инструкцию, самостоятельно раскладывает картинки по группам, например, животные или транспорт.

2 — Самостоятельно раскладывает картинки на четыре группы (животные, машины, инструменты, овощи), но затрудняется в назывании некоторых групп.

3 — Самостоятельно раскладывает картинки на пять групп и правильно называет каждую из них.

В начале занятия дети могут классифицировать картинки неадекватно, но после двухтрех дополнительных инструкций должны провести обобщение по существенному признаку.

Обследование счетных навыков

Особое место в структуре задержки умственного развития у детей с ДЦП занимает нарушение функций счета. Понятие числа имеет сложную психологическую структуру, что в значительной степени связано с пространственным восприятием множества объектов, с речевым развитием и требует высших форм анализа и синтеза.

Исследование количественных представлений необходимо проводить поэтапно. Сначала исследуется способность ребенка дифференцировать «много—мало», «один—много», «больше—меньше», одинаковое количество.

Важно, чтобы ребенок смог абстрагироваться от формы и величины предметов и ориентировался только на количество.

Для этого необходимо приготовить счетный материал из предметов разной величины и формы и на этом материале изучить, как дети соотносят количества разных предметов. Можно, например, предложить детям два стержня, на одном из них нанизаны кольца, а на другом — шары. Несмотря на одинаковое количество деталей на обоих стержнях, пирамидка с шарами будет выглядеть выше, чем с кольцами. Спросить: «Чего больше — колец или шаров?»

Кроме описанных выше диагностических приемов рекомендуется широкое использование психодиагностических методов, разработанных для обследования детей с аномалиями в развитии (С. Я. Рубинштейн, В. И. Лубовский и др.).

При работе с детьми школьного возраста рекомендуется использование и психометрических методов, например методика Равена и Векслера. Накопленный опыт показывает целесообразность применения этих методов для детей с преимущественным поражением нижних конечностей, с относительно сохранным развитием речи, как лексической, так и фонематической ее сторон.

В процессе психологической диагностики детей и подростков с ДЦП необходимо соблюдать ряд основных принципов:

1. Деятельностный принцип, направленный на проведение психологического обследования в контексте деятельности доступной ребенку с ДЦП: предметнопрактической, игровой, учебной деятельности.

2. Принцип качественного анализа полученных данных психологического обследования. Это принцип, построенный на концепции Л. С. Выготского об опережающей роли обучения в процессе развития ребенка, имеет огромное значение при психологической диагностике аномального развития. Для психолога важен не только конечный результат выполнения тестового задания, а также способ работы ребенка, его умение переносить усвоенные навыки на новое задание, отношение ребенка к заданию, собственная оценка достигнутых результатов.

3. Принцип личностного подхода. В процессе психологической диагностики психолог должен интересоваться не отдельный симптом, а личность ребенка в целом.

4. Принцип сравнительного подхода. При изучении аномального развития психолог должен правильно ориентироваться в особенностях психического развития здорового ребенка.

5. Принцип комплексного подхода к диагностике психического развития аномального ребенка. Он включает в себя учет множества факторов, лежащих в основе аномального развития ребенка с ДЦП: клинических, педагогических, психологических, социальнопсихологических.

После окончания диагностических занятий рекомендуется переходить к коррекционным занятиям.

Психологическая коррекция является одним из важных звеньев в системе психологической помощи детям с ДЦП различной степени тяжести интеллектуального и физического дефекта.

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей и подростков с детским церебральным параличом

Эмоциональные нарушения у детей и подростков с различными формами детского церебрального паралича проявляются поразному. Это могут быть тяжелые неврозоподобные нарушения и психопатоподобные нарушения на фоне органического поражения ЦНС, которые нередко встречаются при спастической диплегии и гемипаретической формы ДЦП (Калижнюк, 1985; Ковалев, 1987, и др.). Однако у детей и подростков с ДЦП могут наблюдаться эмоциональные расстройства в связи с наличием физического дефекта, воспитанием по типу гиперопеки или ранней социальной и психической депривацией (Мамайчук, Пятакова и др., 1990).

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей — это целесообразно организованная система психологических воздействий. Основное ее направление — смягчение эмоционального дискомфорта у детей и подростков, повышение их активности и самостоятельности, устранение вторичных личностных реакций, таких как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др., обусловленных эмоциональными нарушениями. Важным этапом работы с этими детьми является коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции (И. И. Мамайчук). Психологическая диагностика эмоциональных расстройств у детей с ДЦП требует тщательного дифференцированного подхода к этой проблеме. Перед психологом стоит задача обозначить направленность конфликта у ребенка. Традиционно выделяют три вида направленности конфликта: конфликт в рамках межличностных отношений, интрапсихический конфликт (внутриличностный) и смешанный конфликт (Запорожец, Неверович, 1974; Мамайчук, 1996; Миланич, 1998).

Дети, у которых эмоциональные проблемы проявляются в рамках межличностных отношений, отличаются повышенной возбудимостью, что выражается в бурных аффективных вспышках в процессе общения, особенно со сверстниками. Негативные эмоциональные реакции у этих детей могут возникнуть по любому незначительному поводу. По нашим данным, межличностные конфликты наблюдаются у детей с различными формами ДЦП и в значительной степени обусловлены не столько тяжестью церебральноорганического дефекта, сколько особенностями воспитания ребенка (Мамайчук, Чавес Вега, 1992).

У детей с внутриличностной направленностью конфликта в поведении прослеживается повышенная тормозимость, слабовыраженная общительность. Дети глубоко переживают обиду, у большинства из них наблюдаются стойкие неврозоподобные реакции (энурез, страхи и др.). Эти явления достаточно часто наблюдаются у детей с ДЦП, но, в отличие от детей с неврозами, они обусловлены не только наличием психогенных переживаний, но и церебральноорганической недостаточностью мозга (Калижнюк, 1987; Ковалев, 1985).

Дети с внутриличностными и межличностными конфликтами (смешанный тип) отличаются агрессивностью, импульсивностью. Опыт нашей работы показывает, что у подавляющего большинства детей с церебральным параличом наблюдается этот вид направленности конфликта.

Успешность диагностики направленности конфликта зависит от способности психолога замечать и анализировать эмоциональные проявления ребенка. Прежде всего это достигается в процессе наблюдения за игрой ребенка, направленной беседы с родителями и педагогами. Рекомендуется использование психологических методик для уточнения полученных в процессе наблюдения и беседы данных.

Экспериментально-психологическое обследование детей необходимо проводить как индивидуально, так и в присутствии родителей. Перед психологом стоит трудная задача: дать оценку родительской позиции по отношению к ребенку, родительской установке и стилю воспитания, психологическому климату в семье.

Наибольшую информацию психолог может получить из совместной игры родителей с детьми, разыгрывания семейных ситуаций с обменом ролями (родители участвуют в роли детей, а дети — родителей). Опыт нашей работы показывает огромное преимущество игровых методов в системе диагностики стилей и методов семейного воспитания детей с ДЦП. Следует подчеркнуть, что сам процесс диагностики продолжается и на других этапах психокоррекционного комплекса, так как одним из определяющих принципов психологической коррекции, как было отмечено выше, является единство диагностики и коррекции.

Особое место занимает содержательный анализ психической травмы ребенка. Нередко острые психические травмы у детей с ДЦП приводят к страху самостоятельного передвижения.

Например, мальчик с ДЦП со спастической диплегией в возрасте 6 лет начал самостоятельно передвигаться. В момент передвижения он был напуган собакой и стал бояться самостоятельно ходить. По истечению пяти лет, после направленной психологической коррекции, ребенок стал передвигаться самостоятельно.

Из исследований видно, что наибольшее патогенное влияние на личность ребенка с ДЦП оказывают не острые психические травмы, а пролонгированные (хронические). Для него пролонгированной психотравмирующей ситуацией является физическая беспомощность вследствие двигательной недостаточности, вынужденная изоляция, частая госпитализация. Следует подчеркнуть, что патогенное влияние оказывает не столько сама тяжесть физического дефекта, сколько его значимость для ребенка и его родителей.

Эмоциональное неблагополучие у детей с ДЦП может быть обусловлено органическими патохарактерологическими особенностями. У подавляющего большинства детей с раннего возраста отчетливо прослеживается повышенная раздражительность, тревожное беспокойство, капризность, негативизм. Все это благоприятный фон для формирования таких личностных характеристик, как противоречивость, сенситивность, наивность, эгоцентризм, импрессионность. Важными факторами, предрасполагающими ребенка с ДЦП к эмоциональному неблагополучию, являются неадекватные родительские установки и дисгармоничный стиль семейного воспитания (Мамайчук, Чавес, 1992). Анализ показал, что преобладающий стиль семейного воспитания детей с ДЦП — безграничная гиперопека и гиперпротекция, что проявляется в излишней концентрации родителей на проблемах ребенка. Патогенное влияние на стиль воспитания оказывает наличие у родителей, особенно матерей, чувства вины за рождение больного ребенка. Это в значительной степени влияет на дисгармоничность личности, формирует у детей с ДЦП инактивность и зависимость.

Немаловажное значение в психокоррекции эмоциональных нарушений детей с ДЦП имеют игровые методы. Опыт, накопленный в результате длительной работы, говорит об эффективности проведения сюжетно-ролевых игр, зависящих от интеллектуальных и физических возможностей ребенка, его социального опыта, от особенностей его представлений о людях, их чувствах и взаимоотношениях. Игровую психокоррекцию в форме сюжетно-ролевой игры рекомендуется применять при работе с детьми с ДЦП с потенциально сохранным интеллектом, а также с выраженными межличностными конфликтами и с нарушением поведения. В процессе коррекции целесообразно предложить детям не только игровое воспроизведение прошлого или настоящего опыта, но и моделирование нового опыта в возможных стрессовых условиях, например на этапах послеоперационного лечения, в ситуации вынужденного общения и т. п.

Для детей с ограниченным вследствие физической и психической неполноценности социальным опытом используются итедраматизации на темы знакомых сказок. Основной целью итедраматизаций является коррекция эмоциональной сферы ребенка. Проведению итедраматизации предшествуют подготовительные занятия с ребенком. Психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка активизирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Создается образ персонажа. Способность ребенка входить в роль и уподобляться образу это важное условие, необходимое для коррекции не только эмоционального дискомфорта, но и негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и качества личности дети переносят на игровой образ, наделяя персонажи собственными отрицательными эмоциями и чертами характера. Нами разработаны итедраматизации на тему госпитализации и оперативного лечения (Мамайчук, Ортис, 1989).

Групповые методы психокоррекции достаточно широко используются психологами и психотерапевтами при коррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков (Спиваковская, 1988; Захаров, 1995).

Во время проведения групповых занятий по психокоррекции детей с ДЦП особое внимание следует уделять положительной установке родителей и детей на сам процесс занятий. С этой целью используются разнообразные психотехнические приемы: организация веселой, эмоционально насыщенной игры с детьми в начале психокоррекции с привлечением родителей, организация встречи родителей, дети которых успешно закончили курс психокоррекции, с начинающими. Место, где проводятся занятия, играет не последнюю роль в установочном этапе психокоррекции. Это должно быть просторное, хорошо оборудованное помещение с мягким освещением, со специальными креслами и ходунками для детей, помещение, где ребенок должен чувствовать себя безопасно.

В процессе групповой психокоррекции каждый участник моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него типы эмоционального реагирования на ситуацию, реализует конкретные эмоциональные установки и отношения. В атмосфере откровенности и доверия ребенок свободно делится своими эмоциональными проблемами, получает эмоциональную поддержку, модифицирует свои эмоциональные отношения, переживания и способы реагирования.

С учетом сложной структуры эмоциональных расстройств у детей с ДЦП нами выделены четыре основные фазы процесса групповой психокоррекции (см. таблицу 4).

Таблица 4 Динамика групповой психокоррекции детей с церебральным параличом

Фаза	Задачи	Психотехнические приемы	Субъект психокоррекции
Установочная	Образование группы как целого. Формирование положительного настоящего занятия. Диагностика поведения и особенностей общения	Спонтанные игры. Игры на невербальные коммуникации. Коммуникативные игры	Для детей со спастической диплегией и гемипарезами не больше пяти человек. Дети с ДЦП с гиперкинезами не больше трех человек

Подготовительная	Структурирование группы. Приучение к активным стилям и самостоятельности. Формирование эмоциональной поддержки у членов группы	Сюжетно-ролевые игры. Игры драматизации для снятия эмоционального напряжения	Для детей с ДЦП со сниженным интеллектом игры драматизации. С сохранным интеллектом — сюжетно-ролевые игры
Реконструктивная	Коррекция неадекватных эмоциональных реакций. Вытеснение негативных переживаний. Обучение самостоятельному нахождению нужных форм эмоционального реагирования	Разыгрывание детьми конкретных жизненных проблемных ситуаций	Для детей с ДЦП возможно привлечение родителей
Закрепляющая	Закрепление адекватных форм эмоционального реагирования на конфликт. Формирование адекватного отношения к себе и окружающим	Специальные сюжетно-ролевые игры, предложенные детьми	Детям с ДЦП необходима помощь психолога в выборе игры. Рекомендуется включать в игру родителей и здоровых сверстников

Большое значение в коррекции эмоциональных расстройств у детей с ДЦП имеет психорегулирующая тренировка (Мамайчук, 1997).

Основными целями этих занятий являются: смягчение эмоционального дискомфорта, формирование приемов релаксации, развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения. Занятия проводятся через день, поэтапно с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка, с небольшой (до пяти человек) группой детей.

I этап — успокаивающий, в процессе которого используется вербальномузыкальная психокоррекция для снятия психического напряжения. Детям предлагаются зрительномузыкальные стимулы, чтобы убрать тревожность и создать позитивные установки на последующие занятия. Чем младше ребенок, тем в меньшей степени он осознает свой физический дефект и тем сложнее поддерживать у него интерес к упражнениям. Важный принцип психорегулирующей тренировки — создание игровой ситуации в процессе занятий (например, занятия вместе с куклой, игра в сказку и т. п.). У детей более старшего возраста, особенно подросткового, на первый план выступает стимулирование потребности быть самостоятельным, волевым, здоровым. Психолог рассказывает детям о значении психорегулирующей тренировки, о ее применении в спорте, в космонавтике, в профессиях, связанных с высоким нервнопсихическим напряжением. Следующий принцип — это создание эмоциональноволевого настроя к занятиям. Больной или группа больных располагаются в креслах или на диване в зависимости от физического состояния детей. Психолог предлагает закрыть глаза и сосредоточиться на прослушивании музыкального произведения. Нами подобраны аудиозаписи, оказывающие положительное эмоциональное воздействие на слушателя и дающие успокаивающий эффект. Это произведения Чайковского, Рахманинова, Баха, Бетховена. Каждому музыкальному произведению и темпу его исполнения соответствуют определенные субъективные переживания и ассоциации. Сеанс длится 2530 минут. Задача первого этапа считается выполненной, если ребенок проявляет интерес к занятию и расслабляется. На фоне музыки больному предлагаются упражнения на общее успокоение с традиционными формулами (например: «Я совершенно спокоен, меня ничто не тревожит. Мышцы моего тела все больше и больше расслабляются»). Больному советуют запомнить формулы и использовать их перед засыпанием.

II этап — обучающий, его целью является обучение детей релаксирующим упражнениям. Используются упражнения на вызывание тепла, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений. После того как ребенок, находясь в удобной позе, расслабился и успокоился с помощью приемов, усвоенных на I этапе занятий, ему необходимо сосредоточить свое внимание на руках и ногах. Некоторые авторы рекомендуют начинать тренировку с мышц рук, в которых легче вызвать ощущение расслабленности и тепла. Каждое слово формулы должно сопровождаться подготовленными мысленными образами. Например, при слове «руки», ребенок должен мысленно увидеть свои руки со всеми их особенностями; при произнесении слов «расслабляются» и «теплеют» — источник тепла, который согревает руки (теплая ванна, рефлектор, грелка). Чем точнее и конкретнее мысленный образ, тем отчетливее ощущается его действие. После успешного усвоения первых упражнений, на что требуется от 4 до 10 занятий в зависимости от индивидуальных и возрастных особенностей ребенка, можно приступать к упражнениям на расслабление других групп мышц: ног, шеи, туловища, лица. На овладение упражнениями этого этапа требуется от 12 до 30 занятий. Опыт нашей работы показал эффективность использования занятий I и II этапов с целью смягчения эмоционального дискомфорта ребенка в послеоперационный период (Мамайчук, 1987).

III этап — восстанавливающий. На фоне релаксации дети выполняют специальные упражнения, направленные на коррекцию настроения, развитие коммуникативных навыков, перцептивных процессов, двигательных функций и проч. Так, психолог предлагает ребенку, который находится в состоянии аутогенного расслабления (пассивного бодрствования), выполнять идеомоторный проигрыш конкретного двигательного акта (например, больному с гемипаретической формой ДЦП советуют представить, что он берет ложку или карандаш больной рукой либо выполняет другие манипулятивные действия). Идеомоторные проигрыши рекомендуется повторять 34 раза в день. Мы использовали идеомоторные тренировки на фоне аутогенного погружения с детьми, у которых имеются фобические расстройства, при обучении их ходьбе в послеоперационный период.

Например, Елена Ш. 14 лет, с диагнозом — ДЦП, спастическая диплегия, множественные контрактуры нижних конечностей, подвывих в правом тазобедренном суставе. До операции самостоятельно не передвигалась. Выраженные фобии высоты, передвижения, в связи с чем девочка отказывалась заниматься с методистом ЛФК. Психологический статус: недоразвитие зрительнопространственного анализа и синтеза, уменьшение объема слухоречевой памяти. Уровень осведомленности, суждения, обобщения в пределах возрастной нормы. Эмоциональноволевая сфера — высокий уровень реактивной и личностной тревожности, повышенная зависимость от окружающих, робость, отсутствие самостоятельности в разрешении конфликтных ситуаций, необщительность. Учится в 8м классе по общей программе, успеваемость удовлетворительная за исключением математики.

До оперативного лечения с девочкой были проведены два этапа занятий (успокаивающий и обучающий). После операции ежедневно проводились гетерогенные идеомоторные тренировки. После достижения состояния аутогенного расслабления перед больной ставили формулу: «Представь, что ты стоишь на костылях, твои ноги уверенно опираются на пол, твои руки крепко удерживают костыли. Ты высокого роста, прямая, уверенная в себе. Все окружающие любят тебя. Ты держишься спокойно, тебе легко и приятно. Правой рукой ты выставляешь костыль вперед и легко подтягиваешь правую ногу, затем то же самое делаешь левой

рукой и левой ногой. Ты сделала первые шаги, ты уверенно шагаешь дальше, чувствуешь себя легко и спокойно. Ты делаешь второй, третий, четвертый шаг...» После восьми занятий больная стала уверенно передвигаться, страхи ходьбы и высоты уменьшились.

Для коррекции интрапсихических конфликтов и межличностных отношений разыгрываются различные психодраматические ситуации, с использованием специальных сценариев. Их цель — дать возможность отреагировать на конфликт, разрешить его, адаптироваться к трудностям, нормализовать отношения.

Опыт нашей работы показал, что психорегулирующая тренировка способствует повышению устойчивости детей к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических занятиях у детей нормализуются тормозные процессы, что дает возможность ребенку управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева. Рекомендуется использовать психорегулирующие тренировки с детьми, у которых эмоциональные проблемы в основном проявляются в сфере межличностных конфликтов.

Кроме психорегулирующих тренировок для коррекции эмоционального напряжения у детей с двигательными нарушениями целесообразно практиковать психомышечные тренировки.

Психологическая коррекция познавательных процессов у детей с церебральным параличом

В систему психокоррекционных занятий с дошкольниками с ДЦП вошло обязательное обучение детей конструированию и рисованию, которые являются основными видами продуктивной деятельности в дошкольном детстве. Занятия рекомендуется проводить с детьми начиная с 4-летнего возраста, а если у ребенка наблюдается умственная отсталость (дебильность), то занятия можно начинать с 6-летнего возраста в зависимости от уровня его умственного развития.

Конструирование

Конструктивная деятельность дошкольника является сложным процессом, который успешно формируется и совершенствуется в данном возрастном периоде. Обучение конструированию способствует умственному развитию ребенка, улучшает его способность к точному разложению целого на отдельные элементы, формирует глазомер и положительно сказывается на произвольной регуляции процессов внимания и памяти.

В ряде исследований по конструктивной деятельности детей дошкольного возраста выделены такие формы, как конструирование по образцу, конструирование по заданной теме и свободное конструирование.

При конструировании по образцу детям показывают постройку и указывают на способы ее воспроизведения.

Конструирование по заданной теме заключается в том, что ребенку обрисовывается лишь общая тема, обычно усвоенная им раньше, например: постройка мостов, домов и т. д. При свободном конструировании каждый ребенок сам решает, что он будет строить. Здесь открываются возможности для развертывания фантазий детей, воплощения их творческих замыслов в действительность.

Кроме общепринятых методов в дошкольной педагогике получил широкое распространение особый вариант — конструирование по моделям. Этот метод обучения является наиболее эффективным средством умственного развития ребенка. Модель выступает для ребенка в качестве образца, структуру которого ребенок не видит (модель оклеена плотной бумагой или картоном), и он должен подобрать детали и расположить их соответственно конструкции образца. Такой способ конструирования требует от ребенка не только мысленного обследования образцов-моделей, но и четкого обследования с включением как зрительного, так и осязательного восприятия.

Опыт нашей работы показал, что конструирование по нерасчлененным образцам-моделям является более эффективным и целесообразным, чем простое копирование образцов (Мамайчук, 1978).

Обучение дошкольников с ДЦП следует начинать с конструирования по наглядным образцам и только после этого (первого) этапа занятий рекомендуется переходить к конструированию по моделям.

Программное содержание занятий I этапа

§ Знакомство ребенка со строительным материалом.

§ Обучение детей простым конструктивным действиям из деталей одинаковой величины и формы.

§ Обучение планомерному обследованию образцов и деталей построек.

§ Обучение словесному обозначению пространственных отношений предметов: рядом, на, над, под, около и т. д.

Строительный материал: пластмассовые и деревянные блоки и кубики одинаковой величины, но разного цвета и фактуры.

Руководство: педагог строит образец и сопровождает свои действия словами, указывая на расположение деталей, их цвет, а затем предлагает ребенку воспроизвести такую же постройку.

Задания

§ Конструирование «башен» из трех кубиков разного цвета.

§ Конструирование «дорожки» из кирпичиков разного цвета.

§ Конструирование «заборов» из разноцветных кирпичиков (вертикальное расположение деталей).

§ Конструирование «грибов», «воротиков», «гаража», «дивана» из одинаковых по величине блоков (расположение деталей в вертикальном и горизонтальном направлениях с учетом общей конфигурации постройки).

Методические требования к занятиям I этапа

§ Количество занятий необходимо варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и его подготовленности.

§ Обязательно перед началом конструирования давать словесное описание каждого образца с указанием на его существенные детали.

§ В конце занятий рекомендуется каждую постройку обыгрывать. (Например, катание машины по построенной дорожке, прогулки куклы около башни и т. д.)

§ Продолжительность каждого занятия зависит от интереса детей и их работоспособности.

После того как дети успешно овладели конструктивными действиями, научились приемам конструирования с опорой на восприятие наглядных образцов, рекомендуется перейти к основному этапу обучения: конструирование с неразобранных образцов-моделей или модельное конструирование.

Программное содержание занятий II этапа

§ Обучение детей планомерному обследованию образцов-моделей, выделение их существенных компонентов.

§ Обучение детей эффективным способам конструирования с использованием развернутых действий с деталями в виде прикладывания к образцам, приставления, примеривания.

§ Обучение детей пользованию пространственными и метрическими признаками предметов (форма и величина) в процессе конструирования.

§ Обогащение словарного запаса ребенка специальной пространственной терминологией: квадрат, прямоугольник, ромб и т. д.

Строительный материал: предварительно сконструированные постройки нужно заклеить белой плотной бумагой так, чтобы ребенок не видел, из каких деталей состоит модель. В строительном наборе необходимо иметь кубики разной величины, блоки разной формы и величины, части геометрических фигур, вырезанные из картона или пенопласта.

Задания

§ Конструирование объемных построек с образцов-моделей из деталей одинаковой величины и формы: «башни», «дорожки», «колодец» и др.

§ Конструирование объемных построек из деталей разной формы и величины.

§ Конструирование плоскостных моделей из деталей одинаковой величины и формы: круг, квадрат, ромб, разделенные на несколько одинаковых частей.

§ Конструирование плоскостных моделей из деталей разной формы и величины: геометрические фигуры, разделенные на разнообразные части.

Методические требования к занятиям II этапа.

§ На данном этапе занятий дети могут широко использовать различные способы конструирования: накладывание деталей на образцы или приставление к ним с целью сличения.

§ В процессе занятий взрослый может подсказать или показать ребенку способ работы;

§ Обязательно в конце каждого занятия производить обыгры;

§ Занятия желательно проводить ежедневно в указанной последовательности.

§ Программа II этапа рассчитана на длительный срок, зависящий от индивидуальных возможностей ребенка.

После того как дети научились мысленно анализировать образцы-модели, овладели эффективными способами конструирования, научились использовать пространственные и метрические признаки предметов в процессе воспроизведения, можно приступить к обучению детей конструированию с образцов-рисунков.

На III этапе обучения конструированию значительно усложняется перцептивная задача, стоящая перед ребенком. Сложность конструирования с образцов-рисунка состоит в том, что исключаются предметно-практические действия детей с деталями и ориентировочно-исследовательская деятельность ребенка в процессе обследования образцов превращается в идеальное действие, действие в уме.

Программное содержание занятий III этапа

§ Учить детей правильно рассматривать образцы-рисунки, выделять в них существенные элементы постройки.

§ Учить детей правильно называть пространственные отношения: «наверху», «внизу», «слева», «справа» и т. д.

§ Учить детей правильно воспроизводить в постройках пропорциональные взаимоотношения деталей.

Строительный материал: блоки и кубики одинакового размера. Набор рисунков, где постройки нарисованы в нерасчленном объеме изображении.

Методические требования к занятиям III этапа

§ Приступать к занятиям можно только после того, как дети успешно овладели приемами конструирования с образцов предметов и научились мысленно анализировать образцы-модели.

§ Обязательно, как и на предыдущих этапах, совместно с ребенком проводить предварительный анализ образцов, называть существенные компоненты построек.

§ Если ребенок неправильно выполнил задание, обязательно совместно с ним проанализировать ошибки.

§ Количество и продолжительность занятий III этапа зависит от возраста ребенка, его обучаемости и индивидуальных особенностей.

Итак, на первых трех этапах коррекционных занятий дети должны овладеть приемами обследования образцов-моделей и рисунков, научиться подбирать детали с учетом пространственных и цветовых характеристик. На IV этапе занятий ребенку можно предложить свободное конструирование, где ему предстоит самостоятельно использовать усвоенные им приемы обследования и конструирования.

Программное содержание занятий IV этапа

§ Учить детей использовать усвоенные способы конструирования.

§ Формирование умения представлять и воспроизводить объекты в различных пространственных расположениях.

Строительный материал: разнообразные строительные наборы, широко используемые в дошкольных учреждениях.

Руководство: педагог предлагает ребенку сделать предмет, который можно было бы использовать в определенных условиях. Ребенок не имеет перед собой образца, ему даются только условия, где предмет должен быть использован.

Задания

§ Конструирование «кроватьей» для большой и маленькой кукол.

§ Конструирование «домов» для кукол разной величины.

§ Постройка улицы города.

§ Конструирование по замыслу (построй, что тебе хочется).

Методические требования к занятиям IV этапа

§ Перед началом конструирования следует обговорить с ребенком, с какой целью и что он хочет построить, отобрать совместно с ним необходимый строительный материал.

§ Напомнить ребенку способы конструирования.

§ В процессе занятий закреплять названия формы, цвета деталей, с которыми работает ребенок, называть их пространственное расположение.

§ В отличие от предыдущих этапов, занятия IV этапа рекомендуется проводить не индивидуально, а в небольших группах (23 человека).

Занятия с детьми по конструктивному моделированию предполагают решение следующих четырех задач.

§ Обучение детей самостоятельным способам обследования образцов.

§ Обучение самостоятельным способам решения конструктивных задач.

§ Обучение словесному анализу пространственных положений деталей конструкции.

§ Обучение самостоятельному поиску допущенных ошибок.

Рисование

Параллельно с обучением конструированию, также в четыре этапа, проводится обучение рисованию.

Для успешного овладения изобразительной деятельностью, в частности рисованием, необходимо развитие у ребенка целого ряда способностей, среди которых важное место занимают сенсорные, а именно, зрительное и осязательное восприятие предметов.

Правильно изобразить предмет ребенок может только тогда, когда представляет его себе, когда владеет комплексом движений, которые позволяют ему передать форму предмета и его другие особенности. Эти два процесса тесно связаны между собой, и развитие способности только в одной области не обеспечивает успешного овладения графической деятельностью.

Опыт нашей работы показал, что у детей с ДЦП трудности освоения рисования обусловлены главным образом несформированностью их восприятий, а также двигательными нарушениями верхних конечностей. Поэтому для правильного формирования графической деятельности необходимо: во-первых, совершенствование целенаправленного аналитикосинтетического восприятия у ребенка; во-вторых, оттачивание графических движений, направленных на воспроизведения пространственных и метрических признаков предметов (Мамайчук, 1978).

На занятиях по конструированию дети достаточно интенсивно обучаются зрительному анализу и синтезу предметов, поэтому основной акцент на первых этапах по рисованию рекомендуется делать на формирование графических движений.

На I этапе занятий по рисованию дети обучаются элементарным графическим движениям по опорным точкам в вертикальном и в горизонтальном направлениях.

Материал: цветные граненые карандаши (желательно утолщенные), альбом для рисования.

Руководство: педагог показывает ребенку, как правильно держать карандаш, располагать руку в процессе рисования.

Задания

§ Нарисовать «ниточки» по опорным точкам в вертикальном направлении (нарисовать разноцветные, короткие, длинные отрезки).

§ Нарисовать «дорожку» по опорным точкам в горизонтальном направлении (короткие, длинные отрезки).

§ Нарисовать геометрические фигуры по опорным точкам (квадрат, треугольник, ромб и др.).

§ Нарисовать дом с забором и деревом по опорным точкам.

Методические требования к занятиям I этапа

§ Опорные точки наносятся на бумагу до занятия.

§ На первых занятиях следует обращать внимание детей на то, как правильно держать карандаш, и на положение рисующей руки.

§ Занятия по рисованию рекомендуется проводить в небольшой группе (по 23 человека).

§ Продолжительность и количество занятий можно варьировать в зависимости от динамики усвоения ребенком навыков.

§ Рекомендуется поощрять ребенка за успешное выполнение заданий оценкой в виде звездочек, нарисованных педагогом около детского рисунка.

После того как дети овладели элементарными изобразительными движениями, необходимо формировать у них изобразительные движения по следующим параметрам: скорость, направление, темп, амплитуда.

На II этапе занятий дети обучаются произвольному управлению графическими движениями с помощью специально разработанной нами методики (Мамайчук, 1989).

Материал: альбом для рисования, уголки, граненые карандаши, трафареты, изготовленные из пенопласта или картона, изображающие геометрические фигуры и фигуры животных.

Руководство: педагог показывает ребенку, как укреплять трафарет и обводить контур фигуры. При обведении контура фигуры движения должны быть медленными, а при закрашивании быстрыми.

Задания

§ Нарисовать и раскрасить по трафаретам квадрат и прямоугольник.

§ Нарисовать и раскрасить по трафаретам круг и овал.

§ Нарисовать и раскрасить по трафаретам треугольник и ромб.

§ Нарисовать и раскрасить по трафаретам флажки, неопределенные фигуры разной величины.

§ — Нарисовать и раскрасить по трафаретам фигуры животных.

Методические требования к занятиям II этапа

§ Требовать от ребенка правильной осанки.

§ Необходимо следить за тем, чтобы дети обводили контур фигуры медленно, а закрашивали фигуры быстрыми, размашистыми движениями.

§ Раскрашивание необходимо делать в соответствии с формой фигуры. Например, для круга — круговые движения, а для квадрата — прямые линии, а для треугольника — наклонные.

§ Учить детей произвольно регулировать силу нажима.

§ Прежде чем приступить к рисованию, совместно с ребенком сделать анализ фигуры на трафарете. Учить детей обводить ее контуры указательным пальцем.

§ В процессе занятия обязательно включать в работу вторую руку для удерживания трафарета на листе бумаги.

§ Проводить занятия в строго указанной последовательности.

После того как дети овладеют элементарными графическими движениями, научатся произвольно регулировать их в зависимости от формы изображаемого предмета, рекомендуется переходить к рисованию предметов с натуры.

На III этапе, перед тем как ребенок начнет рисовать, педагог совместно с ребенком исследует образцы и предлагает сконструировать их из готовых блоков. Например, при изображении катушки ребенок складывает целую фигуру из двух частей, внимательно рассматривает ее и после этого приступает к рисованию.

Материал: альбом для рисования, цветные карандаши, геометрические фигуры, разделенные на несколько частей, объемные фигуры, разделенные на части (катушка, яйцо, пирамидка и др.). На данном этапе обучения ребенок должен широко использовать графические умения, приобретенные в процессе рисования предметов на предыдущих занятиях.

Задания

§ Нарисовать «дорожку», предварительно построенную ребенком из кирпичиков разного цвета.

§ Нарисовать квадрат, треугольник и прямоугольник, предварительно построенные из палочек одинаковой величины.

§ Нарисовать геометрические фигуры, предварительно сложенные из частей.

§ Нарисовать «домики», предварительно сложенные из геометрических фигур.

§ Нарисовать разноцветные «воротики» (однорусные, двухрусные), предварительно сконструированные из блоков разной величины.

Методические требования к занятиям III этапа

§ Занятия этого этапа рекомендуется проводить с ребенком индивидуально.

§ Если ребенок испытывает затруднения в процессе конструирования предметов, следует напомнить ему приемы конструирования.

§ Следует сопоставлять изображенный ребенком предмет с образцом.

§ Продолжительность занятий зависит от индивидуальных особенностей ребенка.

На IV этапе продолжается освоение детьми изображения предметов с натуры, а также включаются занятия по изображению предметов по замыслу и представлению. После зрительного и осязательного обследования дети обучаются выделять в своих рисунках пространственные характеристики предметов (форму, величины, направление).

Материал: цветные карандаши, альбом для рисования. Предметы одинаковой фактуры (из дерева): куб, пирамидка, матрешка, груша и др. Пластмассовые бусы на ниточке, пластмассовые модели яблока, банана, огурца и др.

Руководство: педагог предлагает ребенку сначала ощупать фигуру, словесно описать ее, а затем нарисовать. В случае затруднения названия фигуры рекомендуется рассмотреть ее, а затем уже приступить к рисованию.

Задания:

§ Нарисовать яблоко, грушу с натуры с предварительным их обследованием с помощью зрения и осязания.

§ Нарисовать бусы на ниточке после осязательно-зрительного восприятия.

§ Нарисовать катушку, пирамидку после осязательного и зрительного восприятия.

§ Нарисовать куб, шар после осязательного восприятия.

Методические требования к занятиям IV этапа

- § Занятия с детьми рекомендуется проводить небольшой группой (34 человека).
- § Обязательно проводить занятия в указанной выше последовательности.
- § Добиваться, чтобы дети в процессе осознательного и зрительного восприятия образцов делали их тщательный анализ, называли их существенные признаки.
- § Напоминать детям, как нужно закрашивать рисунок (горизонтальные, вертикальные, круговые линии).
- § Прежде чем начинать рисовать, предложить детям воспроизвести форму фигуры движением руки.
- § В конце занятий совместно с ребенком сопоставлять его рисунки с образцами.

Проведение четырех этапов обучающих занятий по конструированию и рисованию не исчерпывает всего комплекса психологопедагогической коррекции. Если дети успешно овладевают конструктивными и графическими умениями, то в дальнейшем рекомендуется продолжить их обучение рисованию и конструированию по программе детского сада.

Сложная структура интеллектуального дефекта у детей с церебральным параличом требует дифференцированного подхода к психологической коррекции. При составлении психокоррекционной программы необходимо учитывать форму, степень тяжести, специфику нарушения психических функций и возраст больного с ДЦП.

Диапазон интеллектуальных нарушений при ДЦП чрезвычайно велик: от нормального уровня интеллектуального развития до самых тяжелых степеней умственной отсталости.

Для детей с ДЦП в сочетании с умственной отсталостью характерно раннее время поражения мозговых систем и тотальное их недоразвитие. Первичный дефект при этой форме аномалии развития — недоразвитие высших форм мыслительной деятельности — абстрактного мышления.

Исследования показали, что у больных с ДЦП в сочетании с умственной отсталостью наблюдаются выраженные нарушения сенсорноперцептивных процессов. Это проявляется в недоразвитии константности и предметности восприятия, в замедленном темпе узнавания предметов, в трудностях обобщения сенсорных сигналов (Мамайчук, 1978 и др.).

Приведенные выше особенности определяют основные задачи психологической коррекции сенсорноперцептивных процессов:

- § Обучение детей усвоению сенсорных эталонов и формирование перцептивных операций.
- § Развитие константности, предметности и обобщенности восприятия.
- § Развитие скорости восприятия объектов.

С этой целью используются разнообразные занятия с детьми по обучению их адекватному восприятию формы и величины предметов. Занятия проводятся поэтапно, с возрастающей сложностью заданий.

1. Восприятие детьми простой нерасчлененной формы. Для этого психолог подбирает предметы, формы которых совпадают с формами эталонов. Например, блюдце и круг, тетрадь и прямоугольник. Психолог просит ребенка найти предмет, похожий на образец эталона.

2. Восприятие формы, не до конца совпадающей с геометрической. Этот этап занятий характеризуется усложнением способов обследования и сопоставления. Перед ребенком стоит задача не только определить сходство формы предложенного к рассмотрению предмета с геометрической формой эталона, но и понять, в чем состоит отличие реального предмета от эталона.

Правильное сопоставление формы реального предмета с формой эталона невозможно без восприятия других свойств предмета — величины, пространственного расположения или соотношения частей. Например, чтобы отличить форму яблока от шара, психолог указывает на то, что у яблока наверху «ямка», а свекла, в отличие от шара, имеет внизу «хвостик».

3. Указание основных деталей в предмете. Перед ребенком стоит задача не только дополнительно обследовать предмет, а также поновому подойти к восприятию всего предмета. Вначале дети рассматривают предмет как единое целое, видят его общую форму. Затем ребенок обучается выделению в предмете главных деталей и соотношению их друг с другом.

4. Определение существенных и характерных признаков предмета. Необходимо научить детей видеть в каждом предмете его существенные признаки, без которых он теряет свою предметную отнесенность, и выделить конкретные черты, характерные признаки, позволяющие воспринимать именно этот предмет со всеми его индивидуальными отличиями. Например, существенным признаком любых часов являются стрелки, а наличие подставки характерно для настольных часов.

5. Составление форм из отдельных частей. Например, сложение квадрата, круга из двух и более частей по образцам и без них.

6. Восприятие пространственных отношений между двумя и более предметами. Например, ребенку предлагается поставить (посадить) дерево около дома, за, рядом, справа, слева и др.

Сам процесс коррекции должен проходить параллельно с обучением детей продуктивным видам деятельности: конструированию, рисованию, лепке, аппликации. Особое внимание уделяется формированию конструктивной деятельности. Конструктивная деятельность является сложным познавательным процессом, в результате которого совершенствуется восприятие формы, величины предметов и их пространственных соотношений (Лурия, 1948; Венгер, 1969).

А. Р. Лурия (1948) провел психологический анализ развития конструктивной деятельности дошкольников. В отличие от обычно применяемых в дошкольной педагогике конструктивных игр, где ребенок точно копирует образец, автор предложил конструирование с нерасчлененных образцов. Перед ребенком вставала задача мысленного анализа элементов, из которых состоит предложенная модель. Однояйцевые близнецы были разделены на две группы. Одна группа обучалась конструированию по традиционной методике, а вторая — их сестры и братья — обучалась конструированию с нерасчлененных образцов (готовые постройки были заклеены белым плотным картоном). Сравнительный анализ результатов исследования показал, что предложенный метод конструирования по моделям радикально изменяет развитие конструктивной деятельности ребенка, положительно сказывается на развитии сенсорноперцептивных и мыслительных процессов. Обучение конструированию по моделям существенно повлияло на умственное развитие детей, на развитие зрительнопространственного анализа и синтеза. В психокоррекционной работе с большими детьми мы использовали метод, предложенный А. Р. Лурия.

Таблица 5 Содержание обучения детей конструктивному моделированию

Этап	Программа	Задания
Подготовительный	Знакомство детей со строительным материалом. Обучение простым конструктивным действиям. Обучение планомерному обследованию образцов и деталей. Обучение словесному обозначению пространственных отношений предметов (рядом, на, над, под, около и т. п.)	Конструирование «башни» из трехпяти кубиков разных цветов. Конструирование «дорожки» из кирпичиков разных цветов. Конструирование «забора» из кирпичиков разных цветов (вертикальное расположение деталей). Конструирование фигур из одинаковых по величине и форме блоков в вертикальном и горизонтальном направлениях.
Модельное конструирование	Обучение детей планомерному рассматриванию образцов-моделей и выделению их значимых компонентов. Обучение эффективным способам конструирования с использованием развернутых действий с деталями в виде прикладывания, приставления, примеривания. Обучение использованию пространственных и метрических признаков предметов. Обогащение словаря специальной пространственной терминологией (квадрат, круг, треугольник и др.)	Конструирование объемных образцов-моделей из деталей одинаковой величины и формы (модель заклеена плотной белой бумагой). Конструирование объемных построек из деталей разной величины и формы. Конструирование плоскостных моделей из деталей одинаковой величины и формы. Конструирование плоскостных моделей из деталей разной формы и величины
Конструирование нерасчлененных образцов-рисунков (объемных)	Обучение детей рассматриванию образцов-рисунков, выделение их значимых элементов. Научить детей называть пространственные отношения. Обучение детей правильному воспроизведению в постройках пропорционально соотносящихся деталей	Конструирование построек в вертикальном и горизонтальном направлениях из различных деталей по величине и форме
Конструирование символических рисунков	Обучение детей воспроизведению в постройках пропорций, количества и величины деталей	Конструирование построек с символического рисунка с учетом количества деталей, формы и величины

Опыт нашей работы показал высокую эффективность таких занятий (Мамайчук, С. Мендоса, Д. Мендоса, 1983).

Память детей с ДЦП отличается недостаточностью объема запоминания, трудностями приема, хранения и воспроизведения информации. У детей с ДЦП в сочетании с психическим недоразвитием наблюдается существенное недоразвитие опосредованного запоминания, что обусловлено трудностями смысловой организации запоминаемого материала.

В связи с этим важными направлениями психокоррекции памяти являются:

- 1) увеличение объема памяти в зрительной, слуховой и осязательной модальностях;
- 2) развитие приемов ассоциативного и опосредованного запоминания предметов в процессе игровой и учебной деятельности.

Недоразвитие мышления — характерный признак у детей с ДЦП с психическим недоразвитием. Их мышление отличается конкретностью, невозможностью образования понятий, трудностями переноса и обобщения. Развитие же мышления непосредственно связано с развитием деятельности и восприятия. Важным направлением психокоррекции является развитие нагляднодейственного и нагляднообразного мышления. В связи с этим психологическая коррекция должна решать следующие задачи:

1. Обучение детей многообразным предметнопрактическим манипуляциям с предметами различной формы, величины, цвета.
2. Обучение использованию вспомогательных предметов (орудийные действия).
3. Формирование нагляднообразного мышления в процессе конструктивной и изобразительной деятельности.

Важным принципом психокоррекции детей с ДЦП и психическим недоразвитием является деятельностный подход. Сам процесс психокоррекции должен проходить с использованием того вида деятельности, который доступен ребенку с интеллектуальной недостаточностью. Если у ребенка не сформирована игровая деятельность, то психокоррекцию необходимо проводить в контексте предметнопрактической деятельности. Вторым важным принципом — комплексный подход к психокоррекции. Его соблюдение требует тесного контакта психолога с педагогомдефектологом, логопедом, воспитателем и родителями. И третий самый важный принцип — иерархический. В процессе коррекции психолог должен ориентироваться не только на уровень актуального развития ребенка, но и на его потенциальные возможности.

У подавляющего большинства детей с ДЦП наблюдается задержка психического развития, что проявляется в замедленном темпе формирования познавательных процессов и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Для них характерно недоразвитие предпосылок мышления, а именно: внимания, памяти, пространственного гнозиса.

Для удобства анализа структуры нарушения познавательной деятельности у детей с ДЦП в сочетании с задержкой психического развития целесообразно выделить три ее основных блока: мотивационный, операционнорегуляторный и блок контроля (Бурменская, Карабанова, Лидере, 1990).

Психокоррекционные занятия с детьми по развитию познавательных процессов могут проводиться как индивидуально, так и в группе. На занятиях должно соблюдаться единство требований к ребенку со стороны педагога, психолога и других специалистов, особенно при коррекции способности контролировать свои действия. Это успешно достигается при соблюдении режима дня, четкой организации повседневной жизни ребенка, исключении возможности незавершения начатых ребенком действий.

Таблица 6 Направления и задачи психологической коррекции детей с ДЦП в сочетании с задержкой психического развития

<i>Наименование и содержание блока</i>	<i>Психокоррекционные задачи и приемы</i>	<i>Формы ДЦП</i>
Мотивационный. Неумение ребенка выделить, осознать и принять цели действия	Формирование познавательных мотивов: - создание проблемных учебных ситуаций; - стимулирование активности ребенка на занятии; - анализ типа семейного воспитания (при доминантном типе снижается познавательная активность у ребенка). Приемы: - создание игровых учебных ситуаций; - дидактические и развивающие игры	Задержанное развитие у детей с двигательными нарушениями, обусловленное социальнопедагогической запущенностью
Операционно-регуляторный. Неумение планировать свою деятельность по времени и содержанию	Обучение ребенка планированию деятельности во времени. Предварительная организация ориентировки в задании. Предварительный анализ с ребенком используемых средств деятельности.	Все формы ДЦП в сочетании с ЗПР церебральноорганического генезиса
Блок контроля. Неумение ребенка контролировать свои действия и вносить необходимые коррективы	Обучение контролю по результатам деятельности. Обучение контролю по способу деятельности. Обучение контролю по ходу выполнения деятельности. Приемы: - дидактические игры и упражнения на внимание, память, наблюдательность; - обучение конструированию и рисованию по моделям	Задержанное развитие у детей с ДЦП

Очень важна при психокоррекции детей с церебральным параличом работа с родителями. Перед психологом стоит задача смягчить тот эмоциональный дискомфорт, который испытывают родители в связи с тяжелой болезнью ребенка. Сформировать у родителей положительные установки на активную помощь ребенку и найти адекватный стиль семейного воспитания детей с ДЦП. В диссертационном исследовании С. Чавес Веги, проведенном под нашим руководством, было выявлено, что родители детей с ДЦП склонны к неадекватной оценке их психических и физических возможностей. Преобладающим стилем воспитания больных детей является потворствующая гиперпротекция, что в значительной степени снижает самостоятельность детей, негативно отражается на их коммуникативных и эмоциональноволевых качествах. Наблюдается также воспитательная неуверенность у родителей, проекция на ребенка своих детских положительных качеств и недостатков. В процессе работы с родителями необходимо формировать у них адекватные представления о личности и психофизических возможностях больного ребенка. Правильно организованная система психокоррекционных воздействий (групповая дискуссия, индивидуальная беседа, анализ конфликтных ситуаций и проч.) способствует позитивной перестройке отношений родителей к больному ребенку, гармонизирует семейные отношения в целом, помогает редукации их негативных переживаний. Опыт нашей работы показал целесообразность организации родительских ассоциаций и клубов с целью взаимной поддержки родителей тяжелобольных детей. Необходима также психотерапевтическая работа с родителями, особенно с отцами. Важным является включение родителей в процесс психологопедагогической реабилитации ребенка.

Таким образом, психологическая коррекция — одно из основных звеньев всей системы психологопедагогической помощи детям с церебральными параличами. Главная цель психокоррекции — исправление имеющихся нарушений в психическом развитии детей, гармонизация их личности и профилактика возможных отклонений в развитии, обусловленных как внутренней спецификой психического нарушения (тяжесть и структура дефекта), так и внешней (средовые факторы). Важное значение в психокоррекции детей с ДЦП имеет ориентация на сложные системноструктурные и онтогенетические модели их психического дизонтогенеза. Опираясь на системноструктурные модели психического дизонтогенеза при различных формах детского церебрального паралича с учетом их возраста, можно разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести и специфическую структуру дефекта. Предполагаются два основных направления в психокоррекции: первое — возврат к ранним онтогенетическим этапам развития познавательных процессов и личности, активизация этих процессов в качестве доселе не использованных резервов и второе — ориентация на уровень ближайшего развития ребенка. Например, при формировании зрительнопространственных функций у детей с церебральным параличом мы применяем обучение детей предметнопрактическим манипуляциям, формированию у них ориентировочной и мотивационной основы действия. При развитии коммуникативных навыков и эмоциональноволевой устойчивости используются различные игры и расслабляющие техники, направленные на более низкий уровень психического реагирования (Лебединский и др., 1990) — на базальные уровни эмоциональной регуляции. Второе направление — это стимуляция взросления личности детей с церебральным параличом, оно включает в себя развитие их самооценки, самоуважения, адекватного отношения к своему физическому дефекту.

Глава 6 Психологическая помощь детям с ранним детским аутизмом

Клиникопсихологическая характеристика детей с ранним детским аутизмом

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

В настоящее время существует много подходов к проблеме РДА, и, чтобы лучше понять эти подходы, необходимо обратиться к истории проблемы раннего детского аутизма в зарубежной и отечественной науке. *Башина В. М. выделяет 4 основных этапа в становлении этой проблемы.*

§ Первый, донозологический период конца XIX — начала XX веков характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходом и одиночеству.

§ Второй, так называемый доканнеровский период, приходящийся на 2040е годы двадцатого века, когда обсуждался вопрос о возможности выявления у детей шизофрении (Сухарева, 1927).

§ Третий (1943-1970 гг.) ознаменован выходом в свет кардинальных работ по аутизму Л. Каннера (1943) и Н. Аспергера (1944). Впервые этот синдром был описан в 1943 г. американским детским психиатром Каннером (L. Kanner). Независимо от него австрийский психиатр Аспергер (H. Asperger) в 1944 г. описал близкое состояние у детей, назвав его аутистической психопатией. В своей первой работе Л. Каннер охарактеризовал РДА как особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики, которое он отнес к состояниям так называемого «шизофренического» спектра. В последующие годы РДА рассматривался как конституциональное особое состояние. Башина В. М. и Вроно М. Ш. (1975) ? рассматривали аутизм как аутистическое состояние, возникающее ! у ребенка после приступа шизофрении. Мнухин С. С. с соавтора 1 ми, еще в 1947 выдвинул концепцию органического происхождения РДА. Ряд исследователей указывали на полиэтиологичность РДА, связывая его происхождение с органическими, реактивными причинами, последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, нарушениями адаптационных механизмов у незрелой личности (Putter M., 1972, и мн. др). В эти же годы были выявлены аутистические симптомы в клинике больных фенилпировиноградной олигофренией, при Хломкой хромосоме, синдроме Ретта и др.

§ Четвертый, послеканнеровский период (8090е годы) характеризуется существенным отходом от позиции взглядов самого Каннера на ранний детский аутизм. РДА стал рассматриваться как неспецифический синдром разного происхождения. К настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма: классическом аутизме Каннера и варианте аутизма, в который входят аутистические состояния разного генеза.

В отечественной психиатрии подход к классификации РДА неоднозначен. Например, Ковалев В. В. (1985) выделяет две основные формы РДА — процессуальный (шизофренический) и непроцессуальный. Психопатологические особенности детей с РДА при шизофрении связаны не с отсутствием потребности в контактах, а с болезненными переживаниями ребенка, которые; проявляются в патологических фантазиях, в рудиментарных бредовых образованиях. В связи с этим поведение детей процессуальным синдромом отличается выраженной причудливостью, вычурностью, диссоциированностью. Башина В. М. на основании изучения характера преморбида у 272 больных ранней детской шизофренией и начальных этапов личностного развития у 28 детей с РДА выявила, что наиболее важной особенностью РДА Каннера являлся особый асинхронный тип задержки развития. Это проявлялось в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания ребенка с РДА. Автор отмечает вариантность аутистических синдромов от легких до тяжелых, что наблюдалось как при синдроме Каннера, так и при аутизме процессуального шизофренического происхождения. Ассинхрония в развитии является важным отличительным признаком каннеровского синдрома, в отличие от других видов нарушенного развития с симптомами аутизма иного происхождения.

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

§ РДА при различных заболеваниях центральной нервной системы;

§ психогенный аутизм;

§ РДА шизофренической этиологии;

§ при обменных заболеваниях;

§ при хромосомной патологии.

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

Психогенный аутизм, по данным западных психиатров и психологов, возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 34 лет) в связи с воспитанием в условиях эмоциональной депривации, т. е. длительное отсутствие материнской ласки, неправильное воспитание в интернатах и пр. Он характеризуется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безучастностью, отсутствием дифференцированных эмоций, задержкой развития речи и психомоторики. В отличие от других вариантов РДА, психогенный аутизм при нормализации условий воспитания может исчезнуть. Однако в случае пребывания ребенка в неблагоприятных условиях первые три года жизни аутистическое поведение и нарушение речевого развития становится стойким.

Дети с РДА шизофренической этиологии отличаются более выраженной отгороженностью от внешнего мира и слабостью контактов с окружающими. У них наблюдается выраженная диссоциация психических процессов, стирание границ между субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживаний и патологических фантазий, наличие рудиментарных бредовых образований и галлюцинаторных феноменов. В связи с этим их поведение отличается причудливостью, вычурностью, амбивалентностью. Например, при отгороженности, малой контактности и эмоциональной невыразительности в общении с близкими дети могут быть общительными, разговорчивыми, доверчивыми с посторонними лицами. Однообразное, вялое поведение детей может прерываться немотивированными агрессивными поступками, разрушительными действиями. Кроме того, у детей может наблюдаться продуктивная психопатологическая симптоматика. Это проявляется в наличии постоянных страхов, в деперсонализации, в псевдогаллюцинаторных переживаниях.

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

§ если хотя бы короткий промежуток времени у ребенка наблюдалось нормальное психическое развитие, предшествующее возникновению аутизма;

§ если имеются признаки прогредиентности (прогрессирования заболевания) в виде нарастания психического дефекта (углубление вялости, аспонтанности, распада речи, регресс поведения с утратой приобретенных навыков).

Синдром раннего детского аутизма, в отличие от других аномалий развития, характеризуется наибольшей сложностью и дизгармоничностью как в клинической картине, так и в психологической структуре нарушений и является сравнительно редкой патологией развития. По данным исследования В. Е. Кагана, его распространенность колеблется от 0,06 до 0,17 на 1000 детей. Причем у мальчиков РДА встречается чаще, чем у девочек. *Основными признаками РДА при всех его клинических вариантах являются:*

§ недостаточное или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими;

§ отгороженность от внешнего мира;

§ слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, даже к матери, вплоть до полного безразличия к ним (аффективная блокада);

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

§ недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители заставляет многих родителей обращаться к офтальматологу или сурдологу. Однако на первый взгляд кажущиеся нам слабая реакция ребенка на зрительные или слуховые сигналы является ошибкой. Дети с аутизмом, наоборот, очень чувствительны к слабым раздражителям. Например, дети часто не переносят тикание часов, шум бытовых приборов, капание воды из водопроводного крана;

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

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

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

§ речевые нарушения при РДА разнообразны. В более тяжелых формах РДА наблюдается мутизм (полная утрата речи), у некоторых больных отмечается повышенный вербализм, который проявляется в избирательном отношении к определенным словам и выражениям. Ребенок постоянно произносит понравившиеся ему слова. Весьма характерным при РДА является зрительное поведение, что проявляется в непереносимости взгляда в глаза, «бегающий взгляд» или взгляд мимо. Для них характерно преобладание зрительного восприятия на периферии поля зрения. Например, от ребенка аутиста очень трудно спрятать необходимый ему предмет, и поэтому многие родители и педагоги отмечают, что «ребенок видит предметы затылком» или «сквозь стенку».

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

Дети с РДА активно стремятся к одиночеству, чувствуют себя заметно лучше, когда их оставляют одних. Контакт с матерью у них может быть различным. Наряду с индифферентностью, при которой дети не реагируют на присутствие или отсутствие матери, возможна также симбиотическая форма контакта, когда ребенок отказывается оставаться без матери, выражает тревогу в ее отсутствие, хотя никогда не бывает ласков с ней. Аффективные проявления у детей с РДА бедны и однообразны. Аффект удовольствия возникает у ребенка чаще всего, когда он остается один и занят описанными выше стереотипными играми.

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

В психологическом изучении раннего детского аутизма имеются разные направления исследований: психоаналитические, поведенческие, когнитивные и пр. Заслуживают особого внимания исследования отечественных психологов: Лебединский В. В., Никольская О. Е. и др. Опираясь на данные, накопленные различными исследователями и используя свой собственный экспериментальный опыт, В. Лебединский с соавторами предложил рабочую гипотезу, позволяющую представить механизмы психических расстройств у детей с ранним детским аутизмом, препятствующие их нормальному психическому развитию. Среди этих расстройств авторы выделяют:

- 1) дефицит психической активности ребенка;
- 2) нарушение инстинктивной сферы;
- 3) нарушение сенсомоторных функций;
- 4) нарушение двигательной сферы и речи.

Эти нарушения авторы делят на две основные группы.

§ Группа 1. Нарушения, обусловленные недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивноаффективной).

§ Группа 2. Нарушения, обусловленные дефицитарностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных).

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

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

Клинический анализ страхов аутичных детей позволил выделить 3 группы страхов.

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

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

3. Неадекватные бредоподобные страхи, что связано с крайней ограниченностью и фрагментарностью представлений аутичного ребенка об окружающем мире (Лебединский, Никольская, 1988).

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

Нарушение подкорковых функций у них нередко сочетаются с рядом корковых нарушений (В. В. Лебединский, О. Л. Никольская). Например, движения у них отличаются отсутствием плавности, что указывает на нарушение связи между корковыми и подкорковыми функциями, их тонической и синергической основами. В других, более тяжелых, случаях наблюдается нарушение программы движения, трудности зрительной фиксации указывают на зрительномоторные нарушения. Наблюдается прямая связь между характером первичных двигательных расстройств, связанных с нарушением тонической регуляции, и речевых. У детей с РДА наблюдается не только нарушение потребности в речевом общении, но и страдает сама возможность реализации этого акта. У многих детей с РДА наблюдаются дизартрические расстройства, нарушение темпа и ритмической организации речи. Психическое развитие детей с РДА не только нарушено в связи с биологическими факторами. Особую негативную роль на динамику их развития оказывают вторичные (социальные) факторы. Исходная энергетическая недостаточность у детей и связанная с ней слабость побуждений, быстрая истощаемость и пресыщаемость любой деятельностью, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений — все это повышает готовность к формированию у ребенка реакции тревоги и страха и создает хроническую ситуацию дискомфорта. Как справедливо подчеркивают упомянутые выше авторы, аутизм является своеобразной компенсаторной реакцией, направленной на защиту от травмирующей внешней среды.

Развитие познавательных процессов протекает у детей с РДА с выраженным искажением, что обусловлено их повышенной аффективностью. Например, в процессе зрительного восприятия предметов у них очень долго сохраняется активные предметнопрактические манипуляции. Кроме того, наблюдаются рудиментарные способы обследования предметов: обнюхивание, облизывание и пр. Аффективный компонент восприятия у здорового ребенка к концу дошкольного возраста имеют подчиненное значение, а у детей с РДА он доминирует и на более поздних возрастных этапах. Многие авторы обращают внимание на высокий уровень развития памяти у детей с РДА (В. В. Лебединский, О. С. Никольская и др.). Однако сам процесс памяти носит у детей изолированный характер и в использовании ее проявляется выраженная автономия.

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

В исследованиях особенностей мышления у младших школьников с РДА, проведенных В. В. Лебединским с соавторами, выявлено преобладание перцептивных обобщений, несмотря на достаточно высокий уровень развития понятийного мышления. Это явление авторы объясняют задержкой развития социального опыта ребенка с РДА. «Можно предположить», — пишет В. В. Лебединский, — что в результате аутистических установок в поле сознания большого ребенка поступает лишь часть необходимой с точки зрения социальной практики информации о предметах, их свойствах и функциях. В то же время приобретают самостоятельное значение не координированные с функциональными (социально более значимыми) такие перцептивные свойства предметов, как цвет, форма, размер. В этих условиях при решении задач, где имеется конфликт между зрительно воспринимаемой ситуацией и смыслом поставленной задачи, большой ребенок ориентируется не на существенные признаки, а на глобальные перцептивные впечатления (с. 132133).

О. Н. Никольская с соавторами выделяет четыре основные группы детей с РДА в зависимости от степени нарушения взаимодействия с внешней средой. Дети первой группы характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией, их поведение носит полевой характер, они мутичны, не владеют не только формами контакта, но и не имеют потребности в нем. У них наблюдается почти полное отсутствие навыков самообслуживания. Эта группа детей имеет наихудший прогноз развития и нуждается в постоянном уходе. Ведущим патопсихологическим синдромом у детей первой группы является отрешенность от внешней среды. Дети второй группы отличаются более целенаправленным поведением. Спонтанно у них вырабатываются самые простейшие стереотипные реакции и речевые штампы. Прогноз у этой группы лучше, чем в предыдущей. При адекватной длительной коррекции они могут освоить

навыки самообслуживания и элементарного обучения. Ведущим патопсихологическим синдромом в данной группе детей с РДА является отвержение окружающей реальности. Дети третьей группы характеризуются большей произвольностью в поведении. В отличие от детей первой и второй группы, они имеют более сложные формы аффективной защиты, что проявляется в формировании патологических влечений, в компенсаторных фантазиях. У детей этой группы более высокий уровень развития речи. Эти дети при адекватной коррекции могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе. Ведущим патопсихологическим синдромом у них является замещение с целью противостояния аффективной патологии. Дети четвертой группы характеризуются менее глубоким аутистическим барьером, меньшей патологией в аффективной и сенсорной сферах. В их статусе на переднем плане выступают невротоподобные расстройства, что проявляется в тормозимости, робости, пугливости, особенно при контактах. Основным патопсихологическим синдромом у них является повышенная ранимость при взаимодействии с окружающими. У детей этой группы наблюдается развернутая, менее штампованная речь, сформированы навыки самообслуживания. При адекватной психологической коррекции они могут быть подготовлены к обучению в массовой школе (Никольская, 1980).

Итак, специфика раннего детского аутизма проявляется в первую очередь в дефиците потребности в общении. В зависимости от степени тяжести РДА имеют место различные формы нарушения этой потребности, от отрешенности или отвержения, до замещения и повышенной ранимости при контактах. При всех степенях тяжести детей с РДА наблюдается аффективная дезадаптация.

Основные направления психологической коррекции детей с ранним детским аутизмом

Психокоррекционная работа с аутичными детьми прежде всего базируется на том, что в клинике РДА основное место принадлежит аутистическим нарушениям поведения, речи, моторики, задержкам психического развития. Эти расстройства способствуют вторичному углублению психического дефекта.

Психокоррекционная работа должна проводиться комплексно, группой специалистов различного профиля, включая детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, музыкального работника и других специалистов.

Вторым важным принципом является поэтапность психокоррекционной работы с учетом степени выраженности дефекта у ребенка с РДА.

При разработке этапов психокоррекции очень важным является онтогенетический подход. У большинства аутичных детей, относящихся к первой и второй группе, запас знаний, характер игровой деятельности значительно отстают от возрастной нормы. У них преобладает манипулятивная игра, наблюдаются слабые реакции на новые игрушки и ситуации. Поэтому на первых этапах занятий необходимо формировать у ребенка реакции оживления, слежения за предметами, слухомоторные и зрительномоторные координации. На последующих этапах можно предложить ребенку разнообразные манипуляции с предметами, что способствует развитию зрительного и осязательного восприятия. Очень важно формировать у ребенка представление о собственном теле, его частях, сторонах.

На следующем этапе психокоррекции можно перейти от манипулятивной игры к сюжетной. Важным является формирование игровых штампов у детей с помощью многократных повторений игр с последовательным включением новых игровых действий.

На последующих этапах происходит усложнение деятельности ребенка. Любые задания должны предлагаться ребенку в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по нескольку раз, с одной и той же последовательностью, одними и теми же выражениями. Речевые задания должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность.

В дальнейшем должны попрежнему решаться задачи усложнения деятельности, с постепенным переходом от индивидуальных к направленным групповым занятиям, еще позднее к сложным играм, упражнениям в группах по 35 и более детей.

Итак, основные направления психокоррекционной работы с аутичными детьми определяются спецификой данного синдрома и заключаются в следующем:

- § ориентации аутичного ребенка вовне;
- § обучение его простым навыкам контакта;
- § обучение ребенка более сложным формам поведения;
- § развитие самосознания и личности аутичного ребенка.

Третьим принципом является четкая организация занятий с аутичными детьми. Сложная специфика аффективной дезадаптации аутичного ребенка требует специальной организации психокоррекционной работы.

§ В связи с легкой возбудимостью ребенка, импульсивностью, хаотичностью его деятельности необходимы специальные мероприятия по обеспечению безопасности детей в процессе занятий. Занятия должны проходить в специально оборудованном зале, где обязательно должно быть мягкое освещение, палас или ковер на полу. В зале не должно быть острых и тяжелых предметов.

§ Необходима строгая организация режима в группе. Обязательным является идентичность обстановки занятий и постоянно состава группы, так как аутичные дети трудно приспосабливаются к новой обстановке и новым людям.

- § Психолог должен бережно относиться к любой, даже самой примитивной активности ребенка
- § Необходимо создание индивидуальных психокоррекционных программ для каждого ребенка.
- § Необходимо активное привлечение родителей к психокоррекционному процессу.

В работах В. В. Лебединского с соавторами рассмотрены основные задачи психологической коррекции детей с РДА.

1. Преодоление негативизма при общении и установление контакта с аутичным ребенком.
2. Смягчение характерного для аутичных детей сенсорного и эмоционального дискомфорта.
3. Повышение психической активности ребенка в процессе общения со взрослыми и детьми.
4. Преодоление трудностей организации целенаправленного поведения.
5. Преодоление отрицательных форм поведения (агрессия, негативизм и пр.).

6. Организация целенаправленного взаимодействия психолога с ребенком в процессе доступной ему игры или другой формы деятельности.

Основные этапы психологической коррекции и специфика психокоррекционных воздействий заключаются в следующем.

§ Первый этап — установление контакта с аутичным ребенком. Для успешной реализации этого этапа рекомендуется создающая сенсорная атмосфера занятия. Это достигается с помощью спокойной негромкой музыки в специально оборудованном помещении для занятий. Важное значение придается свободной мягкой эмоциональности занятий. Психолог должен общаться с ребенком негромким голосом, даже в некоторых случаях, особенно если ребенок возбужден, даже шепотом. Необходимо избегать прямого взгляда на ребенка, резких движений. Не следует обращаться с прямыми вопросами к ребенку. Установление контакта с аутичным ребенком требует достаточно длительного времени и является стержневым моментом всего психокоррекционного процесса. Перед психологом стоит конкретная задача преодоления страха у аутичного ребенка, и это достигается с помощью создания постоянной устойчивой обстановки занятий, поощрением любой, даже минимальной активности ребенка. На данном этапе занятий не рекомендуются директивная игровая терапия. Психолог присутствует в качестве наблюдателя за ребенком в процессе его игр, фиксирует реакции ребенка, отмечает, что вызывает у ребенка отрицательные и положительные эмоции.

Коррекционные воздействия на данном этапе должны быть направлены на собственные резервы и механизмы базальной аффективной сферы ребенка. Это достигается с помощью разнообразных приемов, направленных на изменение аффективного состояния. Например: общая релаксация, снятие патологического напряжения, уменьшение тревожности, увеличение активности ребенка. На данном этапе очень важна роль родителей, их положительная установка на занятие и активность в его организации.

§ На втором этапе психокоррекции детей с РДА важной задачей является усиление психической активности детей. Решение этой задачи требует от психолога умение почувствовать настроение больного ребенка, понять специфику его поведения и использовать это в процессе коррекции. Например, у многих детей с РДА наблюдается тяга к ритмическим раскачиваниям. Психолог должен использовать эти особенности детей в процессе выполнения специальных упражнений (танцевальные ритмические упражнения и пр.). Необходимо уловить момент аффективного подъема у ребенка и придать ему реальный игровой эмоциональный смысл.

§ На третьем этапе психокоррекции важной задачей является организация целенаправленного поведения аутичного ребенка. Это достигается с помощью музыкального сопровождения занятий и специальных игр, направленных на длительное положительное сосредоточение ребенка. Например, игра «Мыши, тишетише», «Море волнуется», «Глаза в глаза» и пр.

Кроме общих задач в процессе коррекции детей с РДА выступают и частные задачи, направленные на преодоление негативных аффективных переживаний и патологических форм поведения. Необходимо помнить, что такие реакции ребенка, как агрессия, неативизм, имеют защитный характер, и для преодоления их нужны комфортные условия для ребенка. Запрещается осуждение поведения ребенка в присутствии взрослых и других детей, рекомендуется использовать разнообразные прожективные методы и методы переключения. Например, ребенок с РДА в процессе занятий с кубиками постоянно разрушает постройки у других детей. Психолог вместе с ребенком строит и разрушает построенное и при этом эмоционально реагирует на падение кубиков возгласами «ух», «бух» и пр. Второй пример: у мальчика с РДА имели место навязчивые желания схватить за волосы присутствующих в группе. Когда он входил в группу, психолог предлагала ему погладить по голове себя и других детей и обращала внимание на то, что он так поособенному приветствует присутствующих. Важно, чтобы ребенок не застревал на своих агрессивных действиях. Не рекомендуется делать прямые замечания ребенку, удалять его из группы. Все эти директивные действия могут только усугубить его агрессивные проявления.

§ Четвертым, не менее важным этапом психокоррекции детей с РДА является работа с родителями, которая заключается в целенаправленных консультациях родителей о воспитании ребенка, в присутствии родителей на занятии и активное участие в нем. В зарубежной психологической практике при работе с детьми аутистами особой популярностью пользуется холдингтерапия. Холдингтерапия (от англ. hold — удерживать, выдерживать, владеть) была разработана доктором Мартой Вельч (M. Welch) и впервые внедрена в Материнском центре в Гринвиче США в 1978 году. В основу холдингтерапии положена концепция, которая рассматривает ранние детские эмоциональные расстройства как результат нарушения эмоциональных связей между матерью и ребенком (Rank B., 1949; Bowiby J., 1986). Авторы подчеркивали положительную роль первого контакта с матерью. Привязанность ребенка к матери основана на чувстве безопасности, которое он испытывает в общении с ней. Если чувство безопасности нарушено, то социальное и эмоциональное развитие ребенка идет в неправильном направлении и в крайних вариантах ведет к аутизму. При аутизме холдингтерапия имеет характер принудительного контакта, так как эти дети отвергают физическое и эмоциональное взаимодействие с матерью. Перед тем как рекомендовать холдингтерапию родителям, психолог предварительно изучает семью ребенка и перед началом сеанса объясняет матери ее значение. В процессе холдингтерапии перед матерью стоит задача взять ребенка на руки и, преодолев его сопротивление, как можно дольше удержать его. В некоторых случаях, когда ребенок более взрослый или активно сопротивляется, рекомендуется лечь на него, обнять его, прижать к себе и постараться удержать как можно дольше, пока ребенок не успокоится. В процессе сеансов роль психолога заключается в следующем:

§ психолог помогает матери преодолевать затруднения во время сеанса;

§ после окончания сеанса психолог анализирует поведение ребенка, его реплики, интерпретирует символику сопротивления ребенка и другие особенности его поведения.

Опыт нашей работы показал высокую эффективность данного метода, особенно для тех детей, которые испытывали существенную эмоциональную депривацию со стороны родителей, и особенно матери.

Мы считаем целесообразным проводить холдингтерапию не только с матерью, но и с отцами и другими членами семьи больного ребенка. Эффективность этого метода обусловлена тем, что с помощью его удовлетворяется основополагающая потребность ребенка в социальных контактах, которая базируется на чувстве безопасности. Холдингтерапию целесообразно использовать перед началом занятий. В специально оборудованном помещении для занятий родители садятся вместе с детьми, причем каждый выбирает удобную позу для контакта и в течение некоторого времени на фоне расслабляющей музыки проводят холдингтерапию. Элементы холдингтерапии целесообразно использовать и в процессе второго и третьего этапа занятий с целью усиления психической активности и выработки целенаправленного поведения). Для этого используются игры «Подкидываш», «Качание в одеяле», «Угадай на ощупь, что это» и др. При проведении холдингтерапии необходимо использовать следующие правила.

1. Сеансы должны проводиться родителями ежедневно, по крайней мере в течение двух первых месяцев.
2. Первые 34 сеанса необходимо проводить в присутствии психолога.

3. Необходимо добиваться полного расслабления ребенка по крайней мере на 34м сеансе.
4. Не рекомендуется прерывать сеансы, особенно в первые два месяца.

Итак, основной задачей психологической коррекции детей с РДА является вовлечение их в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Необходимо проводить занятия с жесткой последовательностью игровых действий с их многократным проигрыванием, особенно с детьми первой и второй групп. Освоение системы игровых штампов способствует формированию у детей с аутизмом познавательных процессов. Особое значение в системе психокоррекции детей с аутизмом имеет работа с семьей ребенка, направленная на активное привлечение родителей к проблемам ребенка и обучение их взаимодействию с ним. При разработке психокоррекционной программы для детей с аутизмом психолог должен обязательно учитывать степень тяжести аффективной и интеллектуальной патологии, время возникновения заболевания, особенности социальной ситуации развития аутичного ребенка. Работа с аутичными детьми предъявляет высокие требования к личности и уровню профессионализма психолога.

Глава 7 дисгармония психического развития в детском возрасте и особенности психологической помощи

Клиникопсихологическая характеристика дисгармонии психического развития в детском возрасте

К дисгармонии психического развития относятся психопатии и психопатическое развитие личности у ребенка. Как правило, диагноз психопатии не ставится в детском возрасте, и традиционно эти состояния называются психопатическими синдромами, которые приводят к выраженным нарушениям поведения.

В. В. Ковалев определяет психопатические синдромы как относительно устойчивые сочетания аномальных свойств личности, возникшие в результате нарушения ее формирования, под влиянием различных эндогенных и экзогенных факторов. К экзогенным факторам могут быть отнесены и психогении, т. е. различные психические травмы, с которыми сталкивается ребенок.

Механизмы психического дизонтогенеза, лежащие в основе нарушений формирования личности при психопатических синдромах, неоднозначны. Систематика психопатий представляет значительные трудности. Это связано с рядом факторов, основной из которых — многообразие психопатических вариантов личности, их промежуточное положение между нормой и психическими заболеваниями. Кроме того, важное значение имеют и социальные факторы, определяющие личностную структуру и не укладывающиеся в клиническую терминологию.

Этиология психопатий обширна, она может быть связана либо с генетическими, наследственными факторами, либо с экзогенными вредностями, действующими на ранних этапах онтогенеза. Некоторые виды психопатий имеют как наследственное, так и экзогенное происхождение. Возможно формирование психопатий под влиянием длительно действующих и деформирующих развитие личности ребенка средовых факторов.

В отечественной психиатрии классификация психопатий построена по этиологическому принципу. Г. Е. Сухарева выделяет три группы психопатий: конституциональные, органические и смешанные.

Конституциональные психопатии, как правило, имеют наследственное происхождение. К ним относятся: шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психостенические и истерические психопатии.

Дисгармоничное развитие детей с психопатическим синдромом по шизоидному типу проявляется в сочетании повышенной чувствительности с отсутствием непосредственности, жизнерадостности, внешней сухости по отношению к своим родным и близким. Главенствующим свойством их личности является аутизм. Им свойственна своеобразная асинхрония психического развития уже с раннего детства. Развитие речи обгоняет развитие моторики, в связи с чем у детей затруднены навыки самообслуживания. В играх дети предпочитают одиночество или общение со взрослыми и более старшими детьми. У большинства детей с психопатическим развитием по шизоидному типу наблюдается преобладание интеллектуальных интересов. Они предпочитают точные науки, отличаются сухостью. Однако их аутистические установки не проявляются в полном отрыве от окружающих, как это имеет место при шизофрении. Для них свойственно замещающее общение, т. е. вместо общения с детьми — общение со взрослыми, вместо игры — рваная фиксация на интеллектуальных интересах.

Психопатическое развитие у детей по эпилептоидному типу выражается в стойких характерологических особенностях в виде эмоциональной вязкости, напряженности эмоций и влечений, в склонности к немотивированным колебаниям настроения, в полярности эмоций.

Циклоидный тип психопатического развития отличается явной склонностью к немотивированным колебаниям настроения от пониженного субдепрессивного, до повышенного маниакального. В детском возрасте это проявляется в преобладании повышенного фона настроения, в склонности к озорству, в чрезмерной общительности, которые сменяются подавленностью, апатией и др.

Психопатическое развитие по психастеническому типу в детском возрасте заметно в повышенной мнительности, в навязчивых страхах, в тревожности. В более старшем возрасте наблюдаются навязчивые сомнения, опасения, ипохондричность.

Истерическое психопатическое развитие чаще, чем остальные формы, встречается в детском возрасте. Оно выражается в повышенном эгоцентризме, внушаемости и демонстративном поведении. В основе данного варианта психопатического развития лежит психическая незрелость. Это проявляется в неспособности ребенка и подростка к волевому усилию, в жажде признания, что составляет сущность психической дисгармонии.

Психопатическое развитие по неустойчивому типу также может наблюдаться у детей с психофизическим инфантилизмом. Их отличает незрелость интересов, поверхностность, неустойчивость привязанностей, импульсивность. У таких детей отмечаются затруднения в длительной целенаправленной деятельности, для них характерны безответственность, нестойкость моральных принципов, социальноотрицательные формы поведения. Этот вариант психопатического развития может быть как конституционального генеза, так и органического. Органические психопатии обусловлены ранним поражением нервной системы во время внутриутробного периода развития, при родах или в первые годы жизни. Нередко они сочетаются с задержкой психомоторного развития ребенка.

Г. Е. Сухарева выделяет две основные группы органических психопатий: возбудимые (эксплозивные) и бестормозные. При первом типе наблюдаются немотивированные колебания настроения в виде дисфорий. В ответ на малейшие замечания дети начинают

бурно протестовать, уходят из дома, школы. Для органических психопатов по бестормозному типу характерны повышенный фон настроения, эйфория, некритичность. Все это является благоприятной почвой для формирования патологии влечений, импульсивных сексуальных эксцессов, бродяжничества.

При анализе психопатического развития в детском возрасте необходимо учитывать биологические и социальные факторы. Роль неблагоприятных социальных факторов проявляется в декомпенсации психических состояний у детей с психопатическим развитием. И наоборот, благоприятные социальные факторы могут сглаживать патологические черты.

Динамика формирования психопатических синдромов проходит в три этапа: сначала возникают отдельные патологические реакции, которые носят неустойчивый характер. Например, реакция негативизма, протеста в подростковом возрасте. Затем — более длительные патологические состояния и формирование психопатии как стойкой девиации поведения.

К типу дисгармоничного развития кроме психопатий относится также патологическое формирование личности. Если в этиологии психопатий лежат наследственные или другие биологические факторы, то при патологическом формировании личности этиологическим фактором являются неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация в семье (А. Е. Личко, В. В. Ковалев).

В патогенезе патологического формирования личности основная роль принадлежит двум факторам: закреплению патологических реакций (протест, негативизм, отказ и др.), которые представляют собой форму ответов на психотравмирующую ситуацию и становятся устойчивыми, и непосредственному воспитанию таких черт характера, как возбудимость, неустойчивость, истеричность, в результате прямой стимуляции отрицательным примером.

Отклонения темпа полового созревания также рассматриваются как особый вид дисгармоничного развития (В. В. Лебединский).

При задержке полового развития церебральноорганического генеза может наблюдаться недоразвитие моторики, эмоциональноволевой сферы при высоком уровне вербализации. Причем эти особенности могут носить временный характер.

Ускоренное половое созревание вследствие церебральноорганической патологии мозга также приводит к аномалии психического развития. Это сказывается в односторонней зрелости интересов, связанных с ранним пробуждением сексуальности, аффективности, взрывчатости, ограниченности познавательной активности, примитивности.

Патопсихологических исследований дисгармонии психического развития далеко недостаточно. В. В. Лебединский описывает дисгармонию внутри эмоциональноволевой сферы, что заметно в асинхронии развития элементарных и высших эмоций. Характерные динамические расстройства проявляются в повышенной возбудимости, лабильности, вязкости и проч. Недостаточность высших эмоций наиболее часто проявляется при психопатиях. Кроме того, при дисгармоничном развитии наблюдается несоответствие между интеллектуальной и эмоциональноволевой сферами. Высокий уровень интеллекта при некоторых вариантах психопатий не регулирует эмоциональную сферу. Она сама оказывает более значительное, чем при нормальном развитии, влияние на интеллект.

Таким образом, дисгармоническое психическое развитие — этого тип дизонтогенеза, основой которого является врожденная или рано приобретенная диспропорциональность развития психики ребенка, преимущественно в эмоциональноволевой сфере. Этот вид дизонтогенеза клинически определяется как психопатия или патологическое развитие личности. Дисгармоничность психики изначально обусловлена нарушениями в эмоциональноволевой сфере ребенка, при первично сохранном интеллекте. Для таких больных характерна неадекватная реакция на внешние средовые раздражители, вследствие чего происходит сбой в поведении ребенка и его адаптации к окружающей среде.

Парциальный дефект аффективноволевой сферы негативно отражается на особенностях мышления у этих больных. Это проявляется в аффективной окраске интеллектуальных функций и способствует их искажению, формированию сверхценных идей. В зависимости от клинической формы данного вида дизонтогенеза встречаются различные нарушения эмоциональноволевой сферы. При психопатическом развитии отмечается повышенная возбудимость, патологическая лабильность или наоборот — инертность, вязкость, вялость аффекта, недостаточность высших эмоций. Сохранный интеллект не регулирует эмоциональноволевые процессы у ребенка или подростка. При патохарактерологическом развитии наблюдается парциальный эмоциональноволевой дефекта, что чаще проявляется в сенситивности, эмоциональной лабильности, тревожности или повышенной возбудимости и эгоцентризме.

Все перечисленные выше особенности детей с психопатиями и патологическим развитием личности сказываются на их поведении, которое можно охарактеризовать словами: протест, демонстративные или агрессивные реакции, страх и негативизм. Ребенку становится трудно приспособиться к обычным дисциплинарным требованиям, нарушается процесс его социализации, что, в свою очередь, в значительной степени усугубляет его личностную дисгармонию.

Основные формы и методы психологической коррекции

Основной задачей психокоррекции детей с дисгармоничным развитием является гармонизация их личностной структуры, семейных взаимоотношений и решение актуальных психотравмирующих проблем.

В основе нарушения поведения у детей с дисгармонией развития лежит недостаточность его произвольной регуляции. Опираясь на деятельностный принцип в психологии, можно выделить *основные блоки структуры поведения ребенка*.

§ Мотивационный блок — включает в себя умение выделить, осознать и принять цель поведения.

§ Операционнорегуляторный блок — умение планировать пути достижения цели как по содержанию, так и по времени.

§ Блок контроля — умение контролировать свое поведение и вносить необходимые коррективы.

Трудности осознания своего поведения свойственны многим детям с дисгармонией психического развития. Это проявляется в слабой рефлексии, в незнании своих характерологических особенностей, а также в недооценке ребенком или подростком имеющейся психотравмирующей ситуации, способствующей дезорганизации его поведения. В связи с этим задача психокоррекции — раскрыть ребенку или подростку его личностный потенциал. Психолог на основе комплексного психологического и патопсихологического обследования ребенка или подростка выделяет системообразующий фактор, определяющий их поведение. В качестве системообразующего фактора могут выступать мотивы, установки, субъективноличностные отношения, эмоциональные состояния и др. У подростков с нарушением поведения, вследствие дисгармонии психического развития, такими системообразующими факторами

чаще всего являются субъективноличностное отношение к психотравмирующим воздействиям и эмоциональное состояние. Все это способствует формированию разнообразных патохарактерологических реакций: оппозиции, протеста, агрессии, бродяжничества и др.

После проведения психологической диагностики психолог в доступной для подростка форме рассказывает об особенностях его личности, позитивных и негативных ее сторонах. Желательно такую беседу подкреплять иллюстрациями, графиками, схемами, примерами из жизни подростка. Психологу необходимо пробудить у подростка интерес к самому себе, к своей личности и особенностям поведения.

Вторая задача психокоррекции поведения детей и подростков с дисгармонией развития — это обучение их умению распознавать и объективизировать психотравмирующие ситуации.

Для каждого типа дисгармоничного развития характерны свои специфические реакции на различные психотравмирующие воздействия, которые способствуют нарушению поведения. Например, для гипертимного подростка это ситуации, требующие сдерживания проявлений его энергии, для истероидного подростка — недостаток внимания к нему как к личности, для сенситивного подростка психотравмирующей ситуацией может быть недоброжелательное отношение окружающих к нему, а для подростка с шизоидной акцентуацией вынужденное общение с окружающими. Перед психологом стоит задача научить подростка объективно оценивать эти трудные для него ситуации, смотреть на них как бы со стороны. С этой целью целесообразно проводить групповые занятия с подростками на уровне реального поведения. Подросткам предлагается трудная для них ситуация в форме ролевой игры. Психолог выполняет роль родителя или приятеля и предлагает подростку разрешить эту ситуацию и выбрать наиболее приемлемые варианты выхода из нее. Все члены группы выступают в главной роли и разрешают ситуацию. После этого результаты игры обобщаются. На доске выписываются все предложенные варианты поведения, а затем обсуждается, какие варианты наиболее приемлемы для каждого подростка. Сами ситуации психолог подбирает из реальной жизни подростка.

Третья задача психокоррекции поведения детей и подростков с дисгармонией в развитии — обучение их расширению диапазона возможных вариантов поведения в трудных для них ситуациях.

Для детей дошкольного и младшего школьного возраста рекомендуется проводить занятия в форме игры с использованием кукол, масок и других игровых материалов. Детям предлагаются драматизации, в которых отражены их страхи, аффективные переживания, поведенческие особенности.

Например, у девочки 7 лет наблюдался выраженный эгоцентризм, что проявлялось в желании быть в центре внимания, в бурных протестах, когда ей отказывали в удовлетворении ее просьб. Перед началом коррекционной работы психолог совместно с родителями изучал реальные ситуации, при которых у девочки возникали патохарактерологические реакции, и на основе этого были разработаны сценарии игровой психокоррекции. В игре участвовали психолог, кот Мурзик (игрушка) и девочка. Психолог выполнял роль ведущего, кот Мурзик был главным героем и в процессе игры реагировал на ситуации таким же образом, как девочка в реальной жизни (был упрямым, закатывал истерики, ругался и даже пытался драться). Девочка выступала в роли подруги кота, его матери, бабушки, воспитательницы и др. После каждого игрового сеанса психолог вместе с девочкой обсуждал поведение Мурзика, обращал внимание на негативные и позитивные стороны его поступков. После занятия девочке предлагалось домашнее задание — придумать ситуации, где Мурзик ведет себя правильно, проявляет героизм и т. д. После двух месяцев игровой коррекции родители обратили внимание на улучшение поведения ребенка.

Для подростков рекомендуются специальные групповые занятия с использованием игдраматизаций, в которых должны быть отражены потребности и проблемы каждого участника группы. Опыт нашей работы показал целесообразность проведения таких занятий не только в группе подростков, но и в совместных с родителями группах.

Для коррекции поведения важно развивать саморегуляцию. С этой целью используется система психорегулирующих тренировок, разработанная нами для детей и подростков (Мамайчук, 1987). Основной целью этих занятий является: смягчение эмоционального дискомфорта, формирование приемов релаксации, развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения.

Занятия проводятся небольшой (до 5 человек) группой через день поэтапно с учетом возрастных и индивидуальнопсихологических особенностей ребенка.

§ Первый этап — успокаивающий, в процессе которого используется вербальномузыкальная психокоррекция для снятия психического напряжения. Затем предлагаются зрительномузыкальные образы, помогающие убрать тревожность и создать позитивные установки на последующие занятия.

§ Второй этап — обугающий. На этом этапе дети осваивают релаксирующие упражнения. Используются упражнения на вызывание тепла, регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений.

§ Третий этап — восстанавливающий. На фоне релаксации подростки выполняют специальные упражнения, помогающие корректировать настроение, развивать коммуникативные навыки, перцептивные процессы и проч.

Опыт нашей работы показал, что психорегулирующая тренировка (ПРТ) способствует повышению устойчивости детей и подростков в экстремальных ситуациях, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических ПРТ у детей и подростков нормализуются тормозные процессы, что дает им возможность управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева. Рационально использовать ПРТ с подростками, у которых эмоциональные проблемы возникают в основном в сфере межличностных конфликтов.

Психологическая коррекция родительскодетских отношений

Особые трудности в процессе психокоррекции детей с нарушениями поведения вызывают неправильные, искаженные родительские установки на проблемы ребенка. К сожалению, большинство родителей ориентируются на отдельные симптомы поведения. Например, мать жалуется на то, что сын «без спросу берет чужое, ворует»,

и просит психолога помочь ребенку избавиться от этого. Такой формальный, поверхностный взгляд на проблемы ребенка формирует у некоторых родителей потребительское отношение к психологической помощи, и они всю ответственность за результат полностью возлагают на психолога. Изменение подобной позиции родителей, а также их установки в отношении психокоррекционного процесса и собственной роли в нем является принципиальным положением при построении психокоррекционной программы. Перед психологом стоит задача переориентации внимания родителей с симптома на личность ребенка в целом. Это достигается в процессе направленных бесед с родителями, с их обязательным знакомством с результатами психодиагностических данных, а также в процессе совместных занятий с детьми, организация которых обеспечивает личностный рост каждого участника за счет приобретения нового уникального опыта социального взаимодействия.

Семейную психокоррекцию мы рассматриваем как комплекс психокоррекционных воздействий, способствующих гармонизации личностной структуры и семейных взаимоотношений, а также решению актуальных психотравмирующих проблем, обусловленных сложностями в этих отношениях.

Учитывая многоуровневую структуру поведенческих нарушений у подростков, были выделены основные блоки психокоррекционной работы с ними: гностический, конструктивный, организационный и коммуникативный (Мамайчук, 1984; Чавес Вега, 1990).

Основная цель гностического блока — формирование у подростков и их родителей адекватного представления о своих личностных особенностях, переживаниях и потенциальных возможностях. Этот блок чрезвычайно важен в психокоррекционном комплексе. Конструктивный блок психокоррекции направлен на проектирование психокоррекционного процесса, отбор средств и методов психокоррекции. Основной целью организационного блока психокоррекции является практическая реализация психокоррекционных задач. На этом этапе требуется обучить участников психокоррекции (родителей и подростков) умению распознавать и объективизировать психотравмирующие ситуации и причины нарушений поведения у подростков, а также активизировать роль каждого участника в психокоррекции. Это в значительной степени зависит от индивидуальнопсихологических характеристик личности участников психокоррекции, особенностей семейного воспитания. Подросток и его родители объективно должны научиться оценивать трудные для них жизненные ситуации, видеть их как бы со стороны. Для этого целесообразно проводить занятия с семьей в форме ролевой игры, но опираясь на примеры реального поведения. Например, подросток выполняет роль родителя или приятеля, и ему нужно разрешить ситуацию и выбрать наиболее приемлемые варианты выхода из нее. В игре задействованы все члены семьи, они также предлагают свои варианты. После занятия результаты игры обобщаются. Выписываются все предложенные варианты поведения, обсуждается, что наиболее приемлемо для семьи. Многие родители, испытывая существенные трудности при выполнении ролей, отказывались их выполнять, замыкались. Перед психологом стояла задача усиления мотивации родителей на выполнение ролевых игр. Это достигалось с помощью следующих психотехнических приемов: активная поддержка психологом всех членов семьи в процессе игры;

непосредственное участие психолога в ролевой игре; разъяснение родителям цели и задачи игры, т. е. создание положительной установки на игру.

С целью расширения диапазона возможных вариантов поведения родителей и подростков в трудных для них ситуациях рекомендуется устраивать специальные групповые занятия с несколькими семьями.

Подбор семей проводится с учетом их желания и сходства проблем. Целесообразно использовать групповые дискуссии, чтобы совместно выработать оптимальное решение той или иной жизненной ситуации, основываясь на понимании ее психологического смысла. В ситуациях должны быть отражены потребности и проблемы каждого участника группы. Психологом предлагается ряд жизненных задач, после чего все по очереди высказывают свою точку зрения на представленную проблему. Высказывания записываются, а затем принимается коллективное конструктивное решение. Однако цель групповой дискуссии отнюдь не нахождение каких-то оптимальных, конкретных вариантов выхода из трудной ситуации, а повышение мотивации и вовлеченности участников группы в решение обсуждаемых проблем. В процессе дискуссии психолог фиксирует отношение родителей к ситуациям по следующим параметрам: мотивация, эмоциональное или рациональное отношение к ситуации, конструктивный или неконструктивный выход из нее. Опыт работы показал, что большинство родителей склонны к эмоциональной оценке ситуации. Это проявлялось в таких высказываниях, как: «это меня шокирует», «расстраивает», «у меня пропадает сон» и др., что способствовало неконструктивным способам решения семейных проблем. В процессе групповых дискуссий родители научились осознавать свои проблемы, но еще испытывали затруднения в реализации своих педагогических возможностей, что проявлялось в неадекватных формах поведения по отношению к подростку.

Помимо психокоррекционных занятий, которые проводит психолог, он вместе с родителями составляет учебный план, план организации досуга на определенный период времени, просматривает и обсуждает роль каждого из родителей в том или ином виде деятельности подростка.

Важным критерием эффективности занятий организационного блока являлось свободное выражение родителями и подростком собственных эмоций, понимание и раскрытие своих проблем, осознание родителями своей роли в развитии конфликтной ситуации с подростком.

Коммуникативный блок отвечает за установление оптимальных взаимоотношений между всеми участниками коррекционного процесса (подростком, родителями, прародителями и другими членами семьи), а также за формирование новых приемов и способов общения и поведения с подростками.

Важным принципом семейной психокоррекции нарушения поведения является онтогенетическая ориентация психокоррекционного подхода, впервые предложенная В. В. Лебединским с соавторами. Данное направление психокоррекции включает в себя гармонизацию личностной структуры подростка за счет воздействия на его эмоциональноволевую, потребностномотивационную и коммуникативноповеденческую сферы. Предполагается возврат к ранним онтогенетическим этапам поведения, общения, саморегуляции. Перед психологом

стоит задача организовать ситуационноличностное и ситуационноделовое общение подростка с родителями. Мы использовали такие психотехнические игры, как «чтение мыслей», «живая скульптура», которые проводились в семейной группе (родитель—подросток). Психолог предварительно договаривался с подростком, и тот изображал определенные чувства: «разочарование», «удивление», «досаду», «радость» и др. Родитель должен был угадать, какое чувство изображает ребенок. Затем, наоборот, родитель становился актером, а подросток — экспертом его таланта. При выполнении упражнения «живая скульптура» подросток и родитель изображали животных, предметы и др. Такие игры вызывали положительные эмоции у участников группы, способствовали свободному выражению, спонтанному поведению. Кроме того, мы использовали ролевые игры, содержание которых составляли ранние детские воспоминания о счастливо и несчастливо пережитых ситуациях. Подростку предлагали обыграть их в присутствии родителей или изобразить в рисунке. В процессе таких занятий проходило осознание, рационализация и творческая переработка психокоррекционной информации.

Стимуляция оптимальных взаимоотношений между подростками и их родителями успешно достигается не только в семейных, но и в детскородительских группах, состоящих из нескольких семей. Опыт нашей работы показал, что участие в родительских группах помогает некоторым семьям восстановить гармонию не только родительских, но и супружеских отношений. Групповая психокоррекция создает специфические условия для раскрытия внутриличностной и внутрисемейной проблематики с помощью моделирования и анализа актуального группового межличностного взаимодействия. Опыт многочисленных психокоррекционных и психотерапевтических групп, обобщенный русскими и зарубежными психологами, показал, что групповая форма работы способствует конструктивному переосмыслению личностных проблем, формирует как эмоциональное переживание проблем и конфликтов на более высоком уровне, так и новые, более адекватные эмоциональные реакции, вырабатывает ряд социальных навыков, особенно в сфере межличностного общения.

Сам процесс групповой коррекции коммуникативного блока включает в себя четыре основные фазы. На первой, установочной, фазе перед психологом стояла задача сформировать группу как целое, вызвать у членов группы положительный настрой на занятие. Основными психотехническими приемами на данной фазе были спонтанные игры, направленные на развитие положительного эмоционального фона. Каждая семья (состоящая из двух или трех человек) выбирала лидера или капитана команды. Участникам психокоррекционных занятий предлагалось выполнить ряд упражнений на ловкость, смекалку, решить 34 задачи. Развлекательная форма занятий на установочной фазе способствовала сближению членов группы, создавала положительную эмоциональную установку на занятие. Неопределенность целей занятий и свобода самовыражения в спонтанных играх иногда вызывали тревогу у родителей. Поэтому рекомендуется проводить не более двухтрех занятий установочной фазы. Основной целью подготовительной фазы семейной групповой психокоррекции являлось структурирование группы, формирование активности и самостоятельности ее членов. Это достигалось с помощью специальных сюжетноролевых игр и игрдраматизаций, направленных на снятие эмоционального

напряжения. Использовались такие ролевые игры, как «Мостик через пропасть», «Автобус в час пик», «Очередь» и др. Эти игры представляли собой своеобразные имитационные модели проблемных ситуаций межличностного общения. Психолог фиксировал отношение членов группы друг другу, особенности их межличностного общения. На этом этапе также рекомендуется использование приемов невербального взаимодействия с помощью таких игр, как «Узнавание на ощупь другого человека», «Поводырь», когда члены группы с завязанными глазами двигаются по комнате с помощью ведущего.

Реконструктивная (основная) фаза групповой семейной психокоррекции решала следующие задачи: коррекция неадекватных эмоциональных реакций; обучение самостоятельному нахождению нужных форм эмоционального реагирования. Это достигалось с помощью психодраматических «постановок» одной из семей, где родители и подросток менялись ролями. После «просмотра» психодрамы члены группы приступали к совместному обсуждению проблемы. На первоначальных этапах сюжеты выбирал психолог: например, сын украл у матери деньги и сделал ей подарок или дочь требует от родителей отселения, размена квартиры и проч. На последующих этапах разыгрывались жизненные проблемы конкретных семей, участвующих в психокоррекции, с последующим обсуждением.

В процессе групповой психокоррекции анализировалось воздействие на ее участников на трех уровнях: эмоциональном, когнитивном и поведенческом. В таблице представлены оценочные радикалы коммуникативного блока психокоррекции.

Таблица 7. Динамика психокоррекционного процесса коммуникативного блока

Компонент личности	Психологический механизм	Радикалы
Эмоциональный	Эмоциональное реагирование	Свободное выражение эмоций. Эмоциональное отношение к своим проблемам. Принятие эмоциональной поддержки. Изменение способов эмоционального реагирования на проблему
Когнитивный	Расширение сферы осознания своих проблем	Осознание мотивов воспитания. Осознание причин конфликта и своей роли в конфликте самим подростком. Понимание и принятие личностных особенностей подростка
Поведенческий	Формирование новых приемов и способов поведения	Преодоление неадекватных форм поведения: аффективность, агрессивность, ригидность и др. Закрепление новых форм поведения и защитных механизмов

Перечисленные выше блоки психокоррекции взаимосвязаны и представляют собой единый психокоррекционный комплекс. Сам психокоррекционный процесс

складывается из трех этапов: установочно-диагностический, собственнокоррекционный и закрепляющий.

В зависимости от особенностей межличностных отношений в семье и структуры личности подростка ведущие роли участников психокоррекционного процесса распределяются поразному.

Неадекватное поведение подростка, являясь следствием сформировавшейся личностной дисгармонии, проявляется в различных вариантах, начиная от антидисциплинарных и патохарактерологических реакций до девиантного и делинквентного поведения. Все это требует тщательного, аргументированного подбора психокоррекционных методов. Могут быть использованы методы психодинамического, поведенческого, когнитивного и других направлений психокоррекции. Различные теоретические корни, лежащие в основе этих методов и приемов психокоррекционного воздействия, никоим образом не обуславливают противоречия в их практическом применении, поскольку каждая психокоррекционная методика и каждый прием имеют свою клиникопсихопатологическую и личностноуровневую направленность. Многообразие психокоррекционных приемов позволяет индивидуализировать их применение в отношении конкретного больного в зависимости от его возраста, личностных особенностей, клиникопсихопатологической формы нарушения поведения.

Особый интерес представляет собой уровневый подход к проблеме эмоциональной регуляции поведения, предложенный В. В. Лебединскими с соавторами.

Взаимодействие с окружающим миром, реализация потребностей человека могут происходить на разных уровнях активности и глубины аффективного контакта со средой. Авторы выделяют четыре основных уровня.

§ Первый — уровень полевой реактивности — исходно связан с наиболее примитивными, пассивными формами психической адаптации. Аффективные переживания на этом уровне еще не содержат положительной или отрицательной оценки, они связаны лишь с общим ощущением комфорта или дискомфорта. В подростковом возрасте и у взрослых этот уровень выполняет фоновые функции в осуществлении эмоционально-смысловой адаптации к окружающему. Он обеспечивает тоническую реакцию аффективных процессов. Роль этого уровня в регуляции поведения чрезвычайно велика, и его недооценка влечет за собой существенные издержки в психокоррекционном процессе. Тоническая эмоциональная регуляция с помощью специальных ежедневных психотехнических приемов позитивно воздействует на разные уровни базальной аффективности. Поэтому различные психорегулирующие тренировки с использованием сенсорных стимулов (звук, цвет, свет, тактильное прикосновение) имеют огромное значение в психокоррекции поведения.

§ Второй — уровень стереотипов — играет важнейшее значение в регуляции поведения ребенка первых месяцев жизни, в отработке его приспособленческих реакций — пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью. На этом уровне качественно оцениваются сигналы как из окружающей, так и из внутренней среды организма, аффективно оцениваются ощущения всех модальностей:

слуховых, зрительных, тактильных, вкусовых и др. Тип поведения, характерный для этого уровня аффективной адаптации,— стереотипные реакции. Аффективные стереотипы являются необходимым фоном для обеспечения самых сложных форм поведения человека. Активизация этого уровня достигается при сосредоточении пациента на чувственных (мышечных, вкусовых, тактильных и проч.) ощущениях, восприятии и воспроизведении простых ритмических стимулов. Этот уровень, так же как и первый, способствует стабилизации аффективной жизни человека. Разнообразные психотехнические приемы, широко используемые психологами, такие как ритмические повторы, ритуальные действия, прыжки, раскачивания, имеют важное значение в психокоррекции поведения ребенка и подростка, особенно на первых этапах занятий. Они имеют как расслабляющее, так и мобилизующее значение в коррекции поведения детей и подростков.

§ Третий уровень аффективной организации поведения — уровень экспансии — это следующая ступень эмоционального контакта человека со средой. Его механизмы ребенок начинает постепенно осваивать на втором полугодии жизни, что способствует формированию активной адаптации к новым условиям. Аффективные переживания третьего уровня связаны не с удовлетворением потребности, как это было на втором уровне, а с достижением желаемого. Они отличаются большой силой и полярностью. Если на втором уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание вызывают тревогу, страх, то на третьем — они мобилизуют субъекта на преодоление трудностей. На данном уровне аффективной организации ребенок испытывает любопытство по поводу неожиданного впечатления, азарт в преодолении опасности, гнев, стремление к уничтожению преград. В процессе психокоррекции уровень аффективной экспансии стимулируется под влиянием переживаний, возникающих в процессе захватывающей игры, риска, соперничества, преодоления трудных и опасных ситуаций, разыгрывания устрашающих сюжетов, содержащих реальную перспективу их успешного разрешения.

§ Четвертый — уровень эмоционального контроля (высший уровень системы базальной эмоциональной регуляции) — формируется на основе субординации, взаимодополнения и социализации всех предыдущих уровней. Адаптивное аффективное поведение на этом уровне поднимается на следующую ступень сложности. На этом уровне закладывается аффективная основа произвольной организации поведения человека. Поведенческий акт субъекта уже становится поступком-действием, строящимся с учетом отношения к нему другого человека.

В случае неудачи адаптации реакцией субъекта на этом уровне уже не будет ни уход, ни беспорядочное, суматошное движение, ни направленная агрессия, как это возможно на предыдущих уровнях,— он обратится за помощью к другим людям. На этом уровне происходит совершенствование аффективной ориентировки в себе, что является важной предпосылкой развития самооценки. Аффективное переживание на данном уровне связано с сопереживанием другому человеку. Коррекция эмоционально-смысловой организации поведения требует обязательного включения таких психотехнических приемов, как сотрудничество, партнерство, рефлексия, что способствует формированию гуманизма, сопереживания, самоконтроля.

Выделенные уровни аффективной организации составляют единую сложно координированную структуру. Эти уровни разрешают качественно различные задачи

адаптации. Ослабление или повреждение одного из уровней приводит к общей аффективной дезадаптации. А чрезмерное усиление механизмов какого-то уровня может стать причиной эмоциональной дефицитарности. Закономерно развиваясь в общую систему регуляции, базальные уровни поразному акцентуируются при эмоциональной адаптации человека. Это способствует формированию индивидуальных эмоциональных отношений с окружающим внешним миром. Например, тенденция к усилению первого уровня аффективной регуляции может проявляться в выраженной потребности к эмоциональному комфорту, гармонии. Люди с акцентуированным вторым уровнем имеют глубокие эмоциональные связи с окружающим миром, сильную аффективную память, они устойчивы в своих привычках. Мощный третий уровень делает людей раскованными, смелыми, легко берущими на себя ответственность при разрешении напряженной ситуации. Лица с особенно сильным четвертым уровнем сверхсосредоточены на человеческих отношениях. Они сострадательны, склонны к общению, соблюдению норм и правил, но они могут испытывать дискомфорт в тех нестабильных, напряженных ситуациях, которые доставляют удовольствие лицам с сильно развитым третьим уровнем, например в ситуации риска и азарта.

Структурноуровневое изучение базальной эмоциональной организации личности имеет важное значение в разработке проблемы индивидуального поведения детей и подростков и эффективных способов его коррекции.

Глава 8 эмоциональные нарушения в детском возрасте и пути их коррекции

Психологическая диагностика эмоциональных нарушений в детском возрасте

Спектр эмоциональных нарушений в детском и подростковом возрастах чрезвычайно велик. Это могут быть тяжелые невротические конфликты, неврозоподобные состояния у ребенка вследствие органического поражения ЦНС, преневротические состояния и др.

В литературе по психологии эмоциональное неблагополучие у детей рассматривается как отрицательное состояние, возникающее на фоне трудноразрешимых личностных конфликтов (А. В. Запорожец и др.; А. И. Захаров и др.). К собственно психологическим причинам возникновения эмоционального неблагополучия у детей авторы относят особенности эмоциональноволевой сферы ребенка, в частности нарушение адекватности его реагирования на воздействия извне, недостаток в развитии навыков самоконтроля поведения и др.

Психологическая диагностика эмоциональных нарушений очень сложна и требует тщательного дифференцированного подхода к этой проблеме. Анализ эмоциональных нарушений у детей с точки зрения нарушения системы отношений, предложенный В. Н. Мящевым и продолженный в работах его учеников, позволяет нам выделить *три основные группы детей с эмоциональными нарушениями:*

§ В первую группу входят дети, эмоциональные проблемы которых в основном проявляются в рамках межличностных отношений. Они отличаются повышенной

возбудимостью, что выражается в бурных аффективных вспышках в процессе общения, особенно со сверстниками. Негативные эмоциональные реакции у этих детей могут возникнуть по любому незначительному поводу.

§ Вторая группа детей отличается выраженными внутриличностными конфликтами. В их поведении прослеживается повышенная тормозимость, слабовыраженная общительность. Эти дети глубоко переживают обиду, большинство из них подвержено необоснованным страхам.

§ Третья группа детей характеризуется выраженными внутриличностными и межличностными конфликтами. В поведении детей этой группы преобладали агрессивность, импульсивность. В анамнезе у большинства из них замечалась энцефалопатия.

Анализ направленности конфликта у детей — первый этап психологической диагностики. Его успешность зависит от способности психолога видеть и анализировать эмоциональные проявления ребенка, что достигается в процессе наблюдения за игрой ребенка, направленной беседы с родителями и педагогами. После этого рекомендуется использовать психологические методики для уточнения полученных данных. Экспериментальнопсихологическое обследование детей с эмоциональными нарушениями рекомендуется проводить как индивидуально, так и в присутствии родителей. Перед психологом стоит важная задача диагностировать родительскую позицию по отношению к ребенку, проанализировать родительские установки и стили воспитания, оценить психологический климат в семье. Наибольшую информацию психологу, как правило, дает совместная с обменом ролей (родители изображают детей, а дети — родителей) игра родителей с детьми, где за основу берутся ситуации, возникающие в семье. Опыт нашей работы показывает огромное преимущество игровых методов в системе диагностики. Следует подчеркнуть, что сам процесс диагностики продолжается и на других этапах психокоррекционного комплекса, так как определяющим принципом психологической коррекции является единство диагностики и коррекции.

Особое место в клинике эмоциональных нарушений занимают неврозы детского возраста. В большинстве работ отечественных и зарубежных психологов неврозы рассматриваются как болезнь личности, как особая форма личностного развития. В развитии невроза взаимодействуют биологические, психологические и социальные факторы.

Наиболее распространенный этиологический фактор детских неврозов — психическая травма. Психическая травма (ПТ) — это внешние раздражители, оказывающие патогенное, болезненное воздействие на индивида. ПТ могут быть двух видов — ситуационные и пролонгированные. К ситуационным ПТ относятся: неожиданный испуг ребенка, острый межличностный конфликт в семье или в школе. Правда, исследования психологов показывают, что наибольшее патогенное влияние на личность ребенка оказывают не острые психические травмы, а пролонгированные (хронические).

Психотравмирующие ситуации в детском возрасте могут зачастую возникают в семье ребенка, в отношениях между родителями и ребенком, случается это и в школе или другом детском коллективе. Длительное воздействие внешних раздражителей

(психотравмирующих ситуаций) нередко приводит к внутриличностному конфликту. Однако следует подчеркнуть, что патогенное влияние оказывают не столько сами внешние раздражители, сколько их личностная значимость для ребенка и подростка.

Второй этиологический фактор детских неврозов — преневротические патохарактерологические особенности ребенка.

А. И. Захаров и А. С. Спиваковская считают, что к неврозу предрасполагают тревожность и беспокойство ребенка. В раннем возрасте тревожность и беспокойство проявляются в повышенной раздражительности, плаксивости, капризности ребенка.

А. И. Захаров описывает преморбидные черты личности ребенка-невротика: это сенситивность (эмоциональная чувствительность), наивность, эгоцентризм, импрессивность, противоречивость, неравномерность психического развития, латентность реакций.

В. И. Гарбузов выделяет контрастность как наиболее значимую преморбидную черту личности, предрасполагающую ребенка к неврозу. Это выражается в противоречивости всех личностных характеристик.

Третий этиологический фактор, который может вызвать у ребенка невроз,— дисгармония семейных отношений. По данным отечественных и зарубежных авторов, дисгармония семейных отношений (конфликты между супругами или родителями, нестабильность семьи) является основным патогенетическим фактором эмоционального неблагополучия ребенка.

Четвертый фактор, способный привести к неврозу,— неадекватные родительские установки и дисгармоничный стиль семейного воспитания.

В отечественной психологии выделены неблагоприятные факторы воспитания, сопутствующие развитию невротического конфликта у ребенка (Гарбузов; Захаров; Исаев, 1977; Эйдемиллер, 1980; Мамайчук, 1996 и др.). Так, В. И. Гарбузов с соавторами выделили три типа неправильного воспитания, практикуемые родителями детей, больных неврозами. Воспитание по типу А (неприятие, эмоциональное отвержение). Воспитание по типу Б (гиперсоциализирующее), проявляется в тревожно-нуждающейся концентрации родителей на состоянии здоровья ребенка, его социального статуса среди товарищей, ожидания успехов в учебе. Воспитание по типу В (эгоцентрическое), когда внимание всех членов семьи культивируется вокруг ребенка, который является «кумиром» семьи. Каждый стиль воспитания предрасполагает к определенной форме невроза. Например, при эгоцентрическом воспитании формируется истерический невроз, при гиперсоциализирующем — психастенический, а при отвержении — невращения.

Методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей

Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей — это хорошо организованная система психологических воздействий. В основном она направлена на смягчение эмоционального дискомфорта у детей, повышение их активности и

самостоятельности, устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, таких как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др.

Значительный этап работы с этими детьми — коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

В отечественной и зарубежной психологии используются разнообразные методы, помогающие откорректировать эмоциональные нарушения у детей. Эти методы можно условно разделить на две основные группы: групповые и индивидуальные. Однако такое деление не отражает основной цели психокоррекционных воздействий.

В мировой психологии существует два подхода к психологической коррекции психического развития ребенка: психодинамический и поведенческий. Главная задача коррекции в рамках психодинамического подхода — это создание условий, снимающих внешние социальные преграды на пути развертывания интрапсихического конфликта. Успешному разрешению способствуют психоанализ, семейная психокоррекция, игры и арттерапия. Коррекция в рамках поведенческого подхода помогает ребенку усвоить новые реакции, направленные на формирование адаптивных форм поведения, или угасание, торможение имеющихся у него дезадаптивных форм поведения. Различные поведенческие тренинга, психорегулирующие тренировки закрепляют усвоенные реакции.

Методы ПК эмоциональных нарушений у детей целесообразно разделить на две группы: основные и специальные. К основным методам ПК эмоциональных нарушений относятся методы, которые являются базисными в психодинамическом и поведенческом направлениях. Сюда входят игротерапия, арттерапия, психоанализ, метод десенсибилизации, аутогенной тренировки, поведенческий тренинг. Специальные методы включают в себя тактические и технические приемы психокоррекции, которые влияют на устранение имеющегося дефекта с учетом индивидуальнопсихологических факторов. Эти две группы методов взаимосвязаны.

При подборе методов психокоррекции эмоциональных нарушений необходимо исходить из специфической направленности конфликта, определяющего эмоциональное неблагополучие ребенка. При внутриличностном конфликте следует использовать игровые, психоаналитические методы, методы семейной психокоррекции. При преобладании межличностных конфликтов применяют групповую психокоррекцию, способствующую оптимизации межличностных отношений, психорегулирующие тренировки с целью развития навыков самоконтроля поведения и смягчения эмоционального напряжения. Кроме того, необходимо учитывать и степень тяжести эмоционального неблагополучия ребенка.

В отечественной психологии разработаны и описаны методы групповой психокоррекции преневротических нарушений у детей (Спиваковская, 1988). Рассматривая психокоррекционный процесс как систему, автор выделяет в ней основные блоки: диагностический, установочный, коррекционный и оценочный.

Диагностический блок отвечает за изучение индивидуальных особенностей ребенка, анализ факторов, способствующих его эмоциональному неблагополучию.

Перед началом психокоррекционной работы психологу необходимо выяснить влияние этих факторов на формирование у ребенка невротического конфликта. Отметим, что при анализе причины невротического конфликта у ребенка следует учитывать единство субъективных и объективных факторов возникновения и развития конфликта. Конфликт занимает центральное место в жизни ребенка, оказывается для него неразрешимым и, затягиваясь, создает аффективное напряжение, которое, в свою очередь, обостряет противоречия, повышает неустойчивость и возбудимость, углубляет и болезненно фиксирует переживания, негативно отражается на умственной работоспособности ребенка, дезорганизует его поведение.

Содержательный анализ детских конфликтов наиболее полно раскрывается в процессе игровой и продуктивной (рисование) деятельности. Целесообразно также использовать прожективные психологические методики: методика КАТ, РенеЖиля, Розенцвейга и др.

Установочный блок включает в себя главную цель — формирование положительной установки ребенка и его родителей на занятия. *Основными задачами этого психокоррекционного блока являются:*

§ снижение эмоционального напряжения у ребенка;

§ активизация родителей на самостоятельную психологическую

§ работу с ребенком;

§ повышение веры родителей в возможность достижения позитивных результатов психокоррекции;

§ формирование эмоциональнодоверительного контакта психолога с участниками психокоррекции (Спиваковская, 1988).

Для реализации этих задач используются разнообразные психотехнические приемы: организация встреч родителей, дети которых успешно закончили курс психокоррекции, с начинающими, проведение веселой, эмоционально насыщенной игры с детьми в начале психокоррекции, с привлечением родителей и проч. Особое значение для установочного этапа психокоррекции имеет место, где проходят занятия. Это должно быть просторное, хорошо оборудованное помещение, с мягким освещением, где ребенок будет чувствовать себя спокойно и безопасно.

Коррекционный блок. Основной целью данного блока занятий является гармонизация процесса развития личности ребенка с эмоциональным неблагополучием.

Конкретные задачи:

§ преодоление внутрисемейного кризиса;

§ изменение родительских установок и позиций;

§ снятие проявлений дезадаптации в поведении ребенка;

§ расширение сферы социального взаимодействия ребенка;

§ формирование у ребенка адекватного отношения к себе и к другим.

Внутри этого блока выделяются два основных этапа.

§ Первый этап — ориентировочный (23 занятия), где ребенку предоставляется возможность спонтанной игры. Психолог на данном этапе наблюдает за детьми, а у детей формируется положительный эмоциональный настрой на занятия, что очень важно в процессе сглаживания внутренних конфликтов. Кроме того, на данном этапе продолжается диагностика форм поведения и особенностей общения детей с целью окончательного формирования группы.

Психотехнические приемы здесь состоят из различных невербальных коммуникаций, коммуникативных игр.

§ Второй этап — реконструктивный, когда проводится коррекция неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций. Психотехническими приемами на данном этапе являются сюжетноролевые игры, разыгрывание детьми проблемных жизненных ситуаций. Эти игры способствуют эмоциональному отреагированию и вытеснению негативных переживаний. Ребенок обучается самостоятельно находить нужные способы поведения и формы эмоционального реагирования (Спиваковская, 1988).

При оценке эффективности психологической коррекции (рценогный блок) просматриваются отчеты родителей о поведении детей в начале занятий. Разбираются поведенческие и эмоциональные реакции ребенка с помощью метода наблюдения, анализа результатов деятельности ребенка до занятий и после. Оценивая эмоциональное состояние ребенка до и после занятий, целесообразно использовать цветовой тест Люшера, методику цветописи, разработанную Лутошкиным, рисуночные тесты, а для оценки значимых межличностных отношений лучше обратиться к цветовому тесту отношений (ЦТО), адаптированному Эдкиным.

Для детей и подростков с эмоциональными нарушениями нами предложены следующие фазы групповой психокоррекции: установочная, подготовительная, реконструктивная, закрепляющая. В таблице 8 представлены фазы групповой динамики у детей с различной направленностью конфликта.

Таблица 8 Фазы групповой психокоррекции детей с эмоциональными нарушениями

<i>Фаза</i>	<i>Задачи</i>	<i>Психотехнические приемы</i>
1. Установочная	Образование группы как целого. Формирование положительного настроения на занятие. Диагностика поведения и особенностей общения	Спонтанные игры. Игры на невербальные коммуникации. Коммуникативные игры
2. Подготовительная	Структурирование группы. Формирование активности и самостоятельности. Формирование эмоциональной поддержки членов группы	Сюжетноролевые игры. Игры драматизации для снятия эмоционального напряжения
3. Реконструктивная	Коррекция неадекватных эмоциональных реакций. Эмоциональное реагирование и вытеснение негативных переживаний. Обучение ребенка самостоятельному нахождению нужных форм эмоционального реагирования	Разыгрывание детьми конкретных жизненных проблемных ситуаций
4. Закрепляющая	Закрепление у ребенка адекватного эмоционального реагирования на конфликт. Формирование адекватного отношения к себе и окружающим	Специальные сюжетноролевые игры, предложенные детьми

Кроме групповых психокоррекционных занятий для детей с эмоциональными нарушениями используется разработанная нами психорегулирующая тренировка (Мамайчук, 1978). Основной целью этих занятий является:

- § смягчение эмоционального дискомфорта;
- § формирование приемов релаксации;
- § развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения.

Занятия проводятся поэтапно через день с небольшой (до 5 человек) группой детей, с учетом возрастных и индивидуальнопсихологических особенностей ребенка.

§ Первый этап — успокаивающий, в процессе которого используется вербальномузыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Затем детям предлагаются зрительномузыкальные стимулы, направленные на устранение тревожности и создание позитивных установок на последующие занятия.

§ Второй этап — обугающий. Здесь детей обучают релаксирующим упражнениям. Используются упражнения на вызывания тепла, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений.

§ Третий этап — восстанавливающий. На фоне релаксации дети выполняют специальные упражнения, помогающие корректировать настроение, развивать коммуникативные навыки, перцептивные процессы и проч.

Опыт нашей работы показал, что психорегулирующая тренировка (ПРТ) способствует повышению устойчивости к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических занятиях ПРТ у детей нормализуются тормозные процессы, что дает возможность ребенку управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева. Целесообразно использовать ПРТ с детьми, у которых эмоциональные проблемы проявляются в основном в сфере межличностных конфликтов.

Кроме ПРТ, на коррекцию эмоционального напряжения хорошо влияют психомышечные тренировки (Алексеев, 1985).

Данный метод включает в себя четыре основные задачи.

- 1) Научить ребенка расслаблять мышцы тела и лица методом прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону.
- 2) Научить с предельной силой воображения, но без напряжения представлять содержание формы самовнушения.
- 3) Научить удерживать внимание на мысленных объектах.
- 4) Научить воздействовать на себя необходимыми словесными формулами.

Психомышечные тренировки подходят для работы с детьми от 10 лет и старше.

При выполнении психорегулирующих и психомышечных тренировок необходимо учитывать возрастные, индивидуальнопсихологические и клинические характеристики ребенка. Не рекомендуется проводить занятия с детьми младше 5 лет, а также брать на занятия детей с эписиндромом, с хроническими заболеваниями сердечнососудистой системы, с эндокринными нарушениями и легочной недостаточностью. Следует неукоснительно придерживаться методических требований: 1) выполнение упражнений ребенком; 2) самонаблюдение и фиксация возникших во время упражнений ощущений; 3) самостоятельное повторение ребенком упражнений в течение дня.

В детской и подростковой клинике широко используется психогимнастика, предложенная чешским психологом Г. Юновой и модифицированная М. И. Чистяковой. Занятия по психогимнастике включают в себя ритмику, пантомиму, коллективные танцы и игры. *Занятия состоят из следующих трех фаз.*

§ Первая фаза — снятие напряжения с помощью различных вариантов бега, ходьбы, имеющих социальнопсихологическое значение (кого выбрать в напарники и т. д.).

§ Вторая фаза — пантомима (например, изображение страха, растерянности, удивления и др.).

§ Третья фаза — заключительная, идет закрепление чувства принадлежности к группе (используются различные коллективные игры и танцы).

В 1990 году М. И. Чистякова применила этот метод к детям младшего возраста и несколько модифицировала его.

§ Первая фаза — обучение детей технике выразительных движений.

§ Вторая и третья фазы — обучение использованию выразительных движений в воспитании эмоций и высших чувств.

§ Четвертая фаза — обучение навыкам саморасслабления.

Авторы предлагают в профилактических целях занятия психогимнастикой с детьми с эмоциональными нарушениями.

Кроме перечисленных выше методов особо важное значение имеют игровые методы коррекции. Игра — это наиболее естественная форма жизнедеятельности ребенка. В процессе игры формируется активное взаимодействие ребенка с окружающим миром, развиваются его интеллектуальные, эмоциональноволевые, нравственные качества, формируется его личность в целом.

Существенным психологическим признаком игры является одновременное переживание человеком условности и реальности сложившейся ситуации. В условных обстоятельствах, созданных по определенным правилам, игра дает человеку возможность переживать удачи, успех, познать свои физические и психические силы. Эти свойства игры как деятельности раскрывают ее богатый психокоррекционный потенциал.

Игру как метод психотерапии и психокоррекции стали применять в начале XX века. Одним из родоначальников игровых методов в лечении больных являлся Могепо, который разработал методику психодрамы, способствующую коррекции взаимоотношений больных. В 1922 году Могепо впервые организовал в Вене лечебный «театр экспромта», в котором вместе с больными на сцене выступали актеры-профессионалы.

Основа лечебного эффекта психодрамы Могепо — катарсис, душевное очищение и облегчение.

В середине 1920х годов Anna Freud и Melanie Klein применили игру как метод психотерапии детей. Авторами были предложены две формы игровой терапии: направленная и ненаправленная. Направленная (директивная) игротерапия предполагает активное участие психолога в игре ребенка, где он ведет и интерпретирует деятельность ребенка. Ненаправленная (недирективная) игротерапия проходит в форме свободной игры ребенка, что способствует большему самовыражению, достижению эмоциональной устойчивости и саморегуляции. Зарубежные исследователи разработали огромное количество методов недирективной игротерапии. Например, широкое признание получили игры с песком и водой для коррекции эмоционального дискомфорта ребенка (Chan). M. Lowenfeld предложила методику «миросозидания» (WellTechnik). В распоряжение ребенка предоставляется набор различных предметов: фигурки людей, животных, части зданий, домики, автомашины, деревья, бесформенный материал (плоский и открытый ящик, наполненный песком). Из этого материала ребенок строит свой мир. «Миры» создаются ребенком в соответствии с его возрастом и индивидуальными особенностями. Затем психолог обсуждает с ребенком процесс и конечный результат его творчества. Во время игры дети обнаруживают свое эмоциональное отношение к людям, предметам. Эта игра представляет собой определенную диагностическую ценность, кроме того, в процессе игры ребенок перерабатывает свои душевные конфликты.

Недирективная игровая коррекция одновременно решает три основные задачи:

- 1) способствует развитию самовыражения ребенка;
- 2) снимает имеющийся у ребенка эмоциональный дискомфорт;
- 3) формирует саморегулирующие процессы.

Применяя недирективную игровую коррекцию, психолог осуществляет эмпатическое общение с ребенком, эмоционально сопереживает с ним, устанавливает определенные ограничения в игре. Введение ограничений является главным условием достижения коррекционного успеха, поэтому важная роль в процессе директивной игровой коррекции принадлежит технике формулирования запретов и ограничений. В направленной (директивной) игровой психокоррекции центральное звено в игре — психолог, его функции заключаются в организации игры, в анализе ее символического значения. Различают два вида директивной игровой коррекции: сюжетноролевые игры и психодрамы.

Сюжетноролевые игры способствуют коррекции самооценки ребенка, формированию у него позитивных отношений со сверстниками и взрослыми. Перед началом игровой коррекции необходимо разработать сюжет игры, выбрать игровой материал, сформировать группу детей и спланировать игровые ситуации. В процессе игры психолог фиксирует эмоциональные проявления ребенка. Перед началом игры необходимо подобрать специальные сюжеты, где ребенок видел бы различные конфликтные ситуации, близкие ему по значению. В ходе игры дети поочередно меняются ролями. Способность ребенка входить в роль, уподобление разыгрываемому образу — это важное условие для коррекции эмоционального дискомфорта ребенка и его внутрличностных конфликтов. Сюжетноролевые игры полезно проводить совместно с родителями ребенка. Психолог предварительно вместе с родителями обсуждает конфликтную ситуацию, характерную для данной семьи. Во время игры рекомендуется меняться ролями. Например, мать выступает в роли ребенка, а ребенок в роли матери. Опыт нашей работы показал, что использование этого метода психологической коррекции вызывает у детей широкий диапазон положительных эмоций от спокойноудовлетворенного состояния до состояния эмоционального вдохновения.

Игровая психокоррекция в форме сюжетноролевой игры широко используется при работе с детьми с выраженными межличностными конфликтами и с нарушением поведения. В процессе коррекции детям предлагается не только игровое воспроизведение прошлого или настоящего опыта, но и моделирование нового опыта в возможных стрессовых условиях. Эффективность проведения сюжетноролевых игр в значительной степени зависит от социального опыта ребенка, от особенностей его представлений о людях, их чувствах, взаимоотношениях.

Для детей с ограниченным социальным опытом вследствие задержки психического развития, физической неполноценности и т. п. целесообразно использовать игры-драматизации на тему знакомых сказок.

Основной задачей игр-драматизаций также является коррекция эмоциональной сферы ребенка. Проведению игр-драматизации должна предшествовать подготовительная работа с ребенком. Психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка актуализирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Ребенок не просто подражает, а создает образ персонажа, уподобляется ему. Способность ребенка войти в роль, уподобить себя образу — это важное условие, необходимое для коррекции не только эмоционального дискомфорта, но и негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и качества личности дети переносят на игровой образ, наделяя ими персонажи.

Особое значение в коррекции эмоциональноволевой сферы ребенка имеют подвижные игры (пятнашки, жмурки и др.). Эти игры обеспечивают эмоциональную разрядку, снимают торможение, связанное со страхом, способствуют гибкости поведения и усвоению групповых норм, развивают координацию движений.

Изобразительное творчество является одним из ведущих методов психокоррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков.

Еще в 1930х годах для коррекции эмоциональноличностных проблем ребенка психоаналитиками был предложен метод арттерапии.

Арттерапия — это специализированная форма психотерапии, основанная на изобразительном искусстве. Основная задача арттерапии состоит в развитии самовыражения и самопознания ребенка.

В исследованиях психологов было давно замечено: рисунки детей не только отражают уровень умственного развития и индивидуальные личностные особенности, но и являются своеобразной проекцией личности. Рисунок выступает как средство усиления чувства идентичности ребенка, помогает детям узнать себя и свои способности.

Р. Альшулер и Э. Крамер выделяют четыре типа изображений, показывающих как возрастную динамику развития рисунка, так и индивидуально личностные особенности ребенка. Это бесформенные и хаотичные каракули, конвенциальные стереотипы — схемы, пиктограммы и собственнохудожественные произведения. Каракули, например, представляя собой исходную стадию детского рисунка, в более старшем возрасте могут выражать чувство беспомощности и одиночества.

В стереотипных схематических изображениях и пиктограммах в более старшем возрасте проектируются сублимация подавленных желаний или потребность в защите. Символические изображения отражают подавленные аффекты в форме сублимации. Особое значение играет цвет. Например, преобладание серых тонов, черный цвет говорят об отсутствии жизнерадостности, а яркие насыщенные краски — об активном жизненном тоне, оптимизме.

В отечественной психологии методы арттерапии использовались в коррекции психических заболеваний у взрослых (Бурно, 1989) и неврозов у детей (Захаров, 1986). Наиболее эффективна арттерапия в коррекции страхов у детей и подростков. С помощью метода рисования А. И. Захаров выделяет несколько этапов коррекции страхов у детей. За месяц до коррекции дети приносят свои рисунки психологу и показывают их в группе другим детям. Это активизирует ребенка, вызывает у него интерес к рисованию. На первых двух занятиях по рисованию темы для рисунков выбирают сами дети. На последующих занятиях детям предлагаются тематические рисунки: «В детском саду», «На улице», «Ядома», «Моя семья», «Что мне снится страшного», «Кого я боюсь», «Мой самый страшный день». Следующий этап занятий направлен на устранение страхов. Психолог совместно с ребенком составляет список страхов, затем предлагает ребенку нарисовать их. В процессе анализа детского рисунка психолог каждый раз должен выражать одобрение, вызывая у ребенка гордость за выполненное задание. Через несколько дней психолог проводит индивидуальное обсуждение рисунков. Ребенку последовательно показывают его рисунки и спрашивают, боится ли ребенок теперь. Отрицание ребенка обязательно надо закрепить похвалой. Оставшиеся страхи рисуют снова. Психолог просит ребенка нарисовать то, чего он уже не боится. Такая установка становится дополнительным стимулом к преодолению страха.

Кроме рисунков для коррекции страхов автор предлагает изготовление масок, фигурок из пластилина, конструкций из подручных материалов (проволоки, материи, веревок и др.).

В психокоррекции детей с эмоциональными нарушениями широко используется музыкотерапия. Выделяется четыре основных направления психокоррекционных воздействий музыкотерапии.

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

В качестве психологических механизмов психокоррекционного воздействия музыкотерапии авторы указывают:

- § катарсис — эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния;
- § усвоение новых способов эмоциональной экспрессии;
- § повышение социальной активности и др. (Завьялова, 1995).

Традиционно выделяются следующие варианты музыкотерапии: рецептивная музыкотерапия, которая предполагает восприятие музыки с коррекционной целью, и активная, которая представляет собой коррекционнонаправленную, активную музыкальную деятельность.

Различают три формы рецептивной психокоррекции.

1. Коммуникативная — совместное прослушивание музыкальных произведений, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия.
2. Реактивная, помогающая достижению катарсиса.
3. Результативная, ведущая к снижению нервнопсихического напряжения.

При работе с детьми целесообразно использовать оба варианта музыкальной психокоррекции. Активная широко практикуется в групповых занятиях для сплочения группы и эффективности группового взаимодействия. Например, хоровое пение, исполнение музыкальных произведений на музыкальных инструментах или с помощью ложек, расчесок и др.

Благодаря рецептивной музыкотерапии решаются конкретные психокоррекционные задачи: оптимизация общения, создание доверительной эмпатийной атмосферы, снижение эмоционального дискомфорта и др.

Заключение

Психологическая помощь детям с проблемами в развитии является важным звеном в системе их реабилитации.

Мы рассматриваем психологическую помощь как сложную многоуровневую систему, включающую в себя не только психокоррекционную и психоконсультативную работу, а также психологическое сопровождение, психологическую поддержку, психологическую прогностику, направленные на борьбу как за ребенка, так и за его семью в целом и его социальное окружение.

Основная цель психологической помощи детям с проблемами в развитии — это гармонизация их личностного и интеллектуального потенциала, исправление имеющихся нарушений в психическом развитии, профилактика возможных отклонений в развитии, обусловленных как внутренней спецификой психического дизонтогенеза (тяжесть и структура дефекта), так и внешней (средовые факторы).

С учетом многообразия вариантов нарушений познавательной деятельности и личности у детей с проблемами в развитии нами были разработаны основные принципы психологической помощи, в основу которых положен анализ сложной структуры дефекта, его значимости в общей структуре психического развития ребенка.

Мы рассматриваем психологическую помощь в двух планах: в широком — как систему психологических и педагогических воздействий, направленных на устранение имеющихся у детей недостатков в развитии психических функций и личностных свойств в связи с заболеванием, и в узком — как один из способов психологического воздействия, ведущих к оптимизации развития психических процессов и функций и гармонизации личности.

Важное значение в эффективности психологической помощи детям с проблемами в развитии имеет ориентация на сложные системноструктурные и онтогенетические модели их психического дизонтогенеза.

Учет системноструктурных моделей психического дизонтогенеза у детей позволяет разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести и специфическую структуру дефекта.

Учет онтогенетических моделей предполагает два основных направления в психокоррекции.

Первое — возврат к ранним онтогенетическим этапам развития познавательных процессов и личности, активизация этих процессов в качестве ранее не востребованных резервов. Например, для формирования зрительнопространственных функций у детей с психическим недоразвитием, задержанным развитием и церебральным параличом мы учим их предметнопрактическим манипуляциям, вырабатываем у них ориентировочную и мотивационную основы действия. Для развития коммуникативных навыков и эмоциональноволевой устойчивости используются различные подвижные игры и расслабляющие техники, направленные на более низкий уровень психического реагирования (Лебединский и др., 1990) на базальные уровни эмоциональной регуляции.

Второе — ориентация на уровень ближайшего развития ребенка. Это предполагает стимуляцию взросления личности у детей с проблемами в развитии и включает в себя формирование их самооценки, самоуважения, адекватного отношения к своему дефекту.

Важную роль в эффективности психологической помощи играет семья ребенка. Необходима прочная взаимосвязь родителей со специалистом-психологом, а также комплексный подход к проблеме с участием не только психолога, но и всех других специалистов, сопровождающих ребенка: педагога-дефектолога, врача, социального работника и др.

Главные направления психологической коррекции детей с проблемами в развитии определяются ведущими симптомокомплексами, лежащими в основе дефекта ребенка. Для детей с выраженной церебральноорганической недостаточностью (умственная отсталость, детские церебральные параличи, задержка церебральноорганического генеза, и др.) это коррекция интеллектуальных, гностических и эмоциональноволевых функций. Для больных с легкой степенью церебральноорганической недостаточности (соматогенные формы задержки психического развития, церебральные нарушения вследствие травм и инфекций) это коррекция нейродинамических характеристик познавательных процессов и личностного развития. Для больных с поврежденным развитием дифференцированная коррекция познавательных процессов и личности в зависимости от тяжести последствий повреждения мозга (астения, церебрастения, церебропатия).

Особое внимание мы уделяли психологической коррекции личностного развития и нарушений поведения. Основной целью психокоррекции личностного развития изучаемых групп детей является гармонизация их личностной структуры, семейных взаимоотношений и актуальных психотравмирующих проблем (реакция на дефект, госпитализацию, оперативное вмешательство и др.).

В процессе поведенческой психокоррекции мы выделяли главные «системообразующие факторы» нарушений поведения у детей и основные уровни эмоциональной регуляции поведения, предложенные В. В. Лебединским с соавторами, на основе чего были разработаны специальные психорегулирующие тренировки.

Важный методологический принцип системы психокоррекции личностного развития — принцип онтогенетической ориентации.

С учетом данного принципа мы разработали специальные игровые методы, направленные на коррекцию негативных поведенческих реакций у детей.

Литература

1. *Абрамовиг-Лехтман Р. Я.* Психологическая помощь детям с церебральными параличами//Лечебная помощь детям с церебральными параличами: Труды НИИ им. Г. И. Турнера. Л., 1962.
2. *Абрамовиг-Лехтман Р. Я.* Об особенностях нервнопсихического развития детей//Тезисы докладов научнопрактической конференции по вопросам учебновоспитательной работы в школах для детей с нарушениями опорнодвигательного аппарата. Л., 1965.
3. *Алексеев А. В.* Психомышечная тренировка//Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985. С. 119125.
4. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. М., 1993.
5. *Ананьев Б. Г., Рыбалко Е. Ф.* Особенности восприятия пространства у детей. М., 1964.
6. *Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания. Л., 1968. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. М., 1975.
7. *Аршавский В. В., Ротенберг В. С.* Поисковая активность и ее влияние на экспериментальную и клиническую патологию//Журн. высш. нервн. деятельности им. И. П. Павлова, 1976. Т. 26, № 2. С. 424428.
8. *Багдалян Л. О., Журба Л. Т., Всеволожская Н. М.* Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев, 1980.
9. *Багдалян Л. О.* Актуальные проблемы эволюционной неврологии и развитие мозга ребенка//Методологические аспекты науке о мозге. М., 1983.
10. *Баженова О. В.* Диагностика психического развития детей первого года жизни. М., 1986.
11. *Барднер Г., Ромазан И., Черднякова Т.* Психологическое сопровождение естественного развития маленьких детей. Кишинев; СанктПетербург, 1993.
12. *Басов М. Я.* Общие основы педологии. М., 1928. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения. М., 1989.

13. *Башина В. М.* Ранний детский аутизм// Исцеление. М., 1993.
14. *Березин Ф. Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
15. *Бейн Э. С.* Величина отдаленного объекта в восприятии умственно отсталых и глухих школьников. Сб. Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых школьников. М., 1940. С. 114123.
16. *Бернштейн Н. А.* О построении движений. М., 1947.
17. *Бернштейн Н. А.* Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М.: Медицина; 1966.
18. *Брунер Дж.* О перцептивной готовности. В кн. Хрестоматия по ощущению и восприятию. МГУ, 1975. С. 134152.
19. *Битянова М. Р.* Организация психологической работы в школе. М., 1997. Божовиг Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.
20. *Ботта Н. П.* Лечебное воспитание детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения. Л., 1964.
21. *Брейтман М. Я.* О клинической картине детского головного паралича. СПб., 1902.
22. *Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидере А. Г.* Возрастнопсихологическое консультирование. М., 1990.
23. *Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением. М., 1989.
24. *Бушурова В. Г.* Социальная адаптация курсантов к условиям жизни и деятельности в вузе. Автореф. дисс. канд. психол. наук. Л.: ЛГУ, 1986.
25. *Вайзман Н. П.* Психомоторика детей олигофренов. М., 1976. Баллон А. Психическое развитие ребенка. М., 1967. Веккер Л. М. Психические процессы. Т. 1. ЛГУ, 1974.
26. *Веккер Л. М., Бровар А. В., Владимирова Н. М., Михайлова И. А.* О соотношении структурных и статистических характеристик образов восприятия разной степени константности//Вопросы психологии. 1971, № 1. С. 2835.
27. *Венгер Л. А.* О способах зрительного восприятия формы предметов в раннем дошкольном возрасте/Развитие познавательных и волевых процессов у дошкольников. М., 1965.
28. *Венгер Л. А.* Восприятие и обучение. М., 1969.
29. *Вересотская К. И.* Узнавание изображений предметов в зависимости от изменения продолжения их в пространстве//Сб. Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых детей. М., 1940. С. 94113.
30. *Воронова Р. А.* Опыт изучения различий пространственных отношений у детей, имеющих поражение опорнодвигательного аппарата//Известия АПН РСФСР, 1956. Вып. 86.
31. *Воробьев В. М.* Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии//Журн. Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1993. № 2. С. 3339.
32. *Вроно М. Ш., Башина В. М.* Синдром Каннера и детская шизофрения// Невропатология и психиатрия, 1975. Т. 75, № 9.
33. *Выготский Л. С.* Проблема развития ребенка в исследованиях Арнольда Гезелла//Предисловие к книге А. Гезелла «Педагогика раннего детства». М.: Госучпедиздат, 1932. С. 11.
34. *Выготский Л. С.* Полн. собр. соч. в 6 томах. М.: Педагогика, 19831984.
35. *Гальперин П. Я., Кобыльницкая С. Л.* Экспериментальное формирование внимания. МГУ, 1974.
36. *Гарбузов В. И., Захаров А. И. Исаев Д. Н.* Неврозы у детей и их лечение. Л., 1977.
37. *Гезелл А.* Педология раннего детства. М.: Госучпедиздат, 1932.
38. *Галияхметов Р. Р., Пихтарников А. Л.* Выявлениепрогнозопровождение. СанктПетербург, 1998.
39. *Гуревич М. О.* Психопатология детского возраста. М.: Госмедиздат, 1932. Гуревич М. О. Психиатрия. М., 1949.
40. *Данильва Л. А.* Особенности нарушений ряда форм познавательной деятельности и пути их преодоления у детей с врожденным церебральным параличом: Автореф. канд. дис. Л., 1969.
41. *Данилова Л. А.* Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. Л., 1977.
42. *Джидарьян И. А.* Категория активности и ее место в системе психологического знания/В кн. Категории материалистической диалектики в психологии. М., 1988. С. 5689.
43. Дети с нарушением общения: Сб. статей/Под ред. К. С. Лебединской. 1989.
44. *Журба Л. Г., Мастокова Е. М.* Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни. М., 1981.
45. *Завьялов В. Ю.* Музыкальная релаксационная терапия: Практическое руководство. Новосибирск, 1995.
46. *Занков Л. В.* Психология умственно отсталого ребенка. М., 1939.
47. *Запорожец А. В., Неверовиг Я. З.* К вопросу о генезисе функций и структуре эмоциональных процессов у ребенка//Вопросы психологии. 1974, № 6.
48. *Запорожец А. В.* Избранные психологические труды. В 2 т. М., 1986. Т. 1. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. М., 1982. Захаров А. И. Как преодолеть страхи у детей. М., 1986.
49. *Защепицкий Р. А.* Симптоматическая и патогенетическая системы психотерапии и психокоррекции/Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
50. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. МГУ, 1976.
51. *Ипполитова М. В.* К вопросу о преодолении пространственновременных нарушений у детей с церебральным параличом//Специальная школа, 1967. № 3.
52. *Ипполитова М. В., Бабенкова Р. Д., Мастокова Е. М.* Воспитание детей с церебральным параличом в семье. М., 1993.
53. *Исаев Д. Н.* Психическое недоразвитие у детей. М., 1982.

54. *Исурин Г. Л.* Групповые методы психокоррекции и психотерапии//Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
55. *Каган В. Е.* Аутизм у детей. Л., 1981.
56. *Калижнюк Э. С.* Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев, 1987.
57. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. М., 1979.
58. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.
59. *Когюнас Р. Гуобис Г.* Психологические особенности больных, страдающих ревматизмом//Ревматология. 1983. № 1.
60. *Комарова Т. О.* Формирование графических навыков у дошкольников. М., 1970.
61. *Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
62. *Лебединская К. С.* Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. М., 1969.
63. *Лебединская К. С., Никольская О. С.* Дефектологические проблемы раннего детского аутизма/Дефектология. 1988. № 2.
64. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
65. *Лисина М. И.* Возрастные и индивидуальные особенности общения со взрослыми у детей от рождения до семи лет. Автореферат дис. дра психологических наук. М., 1974.
66. *Лисина М. И.* Проблемы онтогенеза общения. М., 1986.
67. *Лигко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М., 1984.
68. *Лубовской В. И.* Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей//Дефектология. 1971. № 6.
69. *Лубовской В. И.* Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и в патологии). М., 1978.
70. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции у человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: МГУ, 1962.
71. *Лурия А. Р.* Развитие конструктивной деятельности дошкольника/Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста. Издво АПН РСФСР. М., 1948.
72. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии. М., 1973. Люблинская А. А. Детская психология. М., 1971.
73. *Мамайгук И. И.* Сравнение зрительного и гаптического восприятия у детей с церебральными параличами/Материалы IV Всесоюзного съезда общества психологов. Тбилиси, 1971.
74. *Мамайгук И. И.* О роли моторного дефекта в развитии познавательной деятельности у детей с церебральным параличом//Детские церебральные параличи. Труды НИИ им. Г. И. Турнера. Л., 1974.
75. *Мамайгук И. И.* Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным параличом. Дефектология, 1976. № 3. С. 2937.
76. *Мамайгук И. И.* Гаптическое и зрительное восприятие у детей при нарушениях интеллекта и моторики. Канд. дисс. Л., 1978.
77. *Мамайгук И. И.* Психологопедагогическая помощь семье. Л., 1984.
78. *Мамайгук И. И., Лапкин Ю. А., Лихагева Е. С.* Некоторые особенности личности детей, больных ревматоидным артритом//Ревматология. 1986. № 4.
79. *Мамайгук И. И., Маленков Н. Н.* Учет психологических факторов в системе комплексного лечения детей с параличами ЭрбаКлюмпке/В сб. Реабилитация детей с поражениями опорнодвигательного аппарата. Труды НИИ им. Г. И. Турнера. Л., 1987. С. 2528.
80. *Мамайгук И. И.* Психологическая подготовка детей с ортопедическими заболеваниями к ортопедохирургическому лечению//Труды ЛНИДОИ им. Г. И. Турнера. Л., 1987.
81. *Мамайгук И. И.* Психологическая служба в детской ортопедической клинике//Психологический журнал. 1988. Т. 9, № 2.
82. *Мамайгук И. И.* Нейропсихологическое исследование гностических процессов у детей с различными формами ДЦП//Невропатология и психиатрия. 1992. № 4.
83. *Мамайгук И. И.* Психическое развитие аномального ребенка. СПб., 1995. Мамайгук И. И., Ортис Диас Х. Ж. Ортопедия, травматология. 1989. № 7.
84. *Мамайгук И. И., Чавес С.* Особенности семейного воспитания детей с церебральным параличом. Труды ЛНИДОИ им. Г. И. Турнера. Л., 1992.
85. *Мамайгук И. И.* Психологический анализ системы отношений в семьях дошкольников и пути их коррекции/Вместе с семьей. СПб., 1996.
86. *Мамайгук И. И.* Психокоррекция детей и подростков с нарушениями в развитии. СПб., 1997.
87. *Мамайгук И. И., Мендоса Х.* Учет психологических особенностей детей с аномалиями верхних конечностей в процессе ортопедохирургического лечения//Труды ЛНИДОИ им. Г. И. Турнера. Л., 1988.
88. *Мамайгук И. И., Пятакова Г. В.* Исследование личностных особенностей детей с церебральными параличами//Дефектология. 1990. № 3.
89. *Мамайгук И. И., Симонова Н. М.* Нейропсихологическая коррекция школьников с резидуальноорганической недостаточностью//Тезисы докладов Международной конференции памяти А. Р. Лурия. М., 1997.
90. *Мамайгук И. И.* Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. СПб., 2000.

91. *Манова Томова В. С., Пирьев Г. Л., Пенушлиева Р. Д.* Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. София; 1981.
92. *Марковская И. Ф.* Нейропсихологическая характеристика детей с задержкой психического развития//Невропатология и психиатрия. 1977. № 12.
93. *Марковская И. Ф.* Задержка психического развития церебральноорганического генеза. Автореф. канд. дис. М., 1982.
94. *Мастюкова Е. М.* О развитии познавательной деятельности детей с церебральными параличами//Дефектология. 1973. № 6.
95. *Мендоса Х.* Психологические особенности у детей с вялыми параличами верхних конечностей: Автореф. канд. дис. Л., 1990.
96. *Миланиг Ю. М.* Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста. Автореф. канд. дис. Л., 1998.
97. *Монтессори М.* Метод научной педагогики, применяемый к детскому воспитанию в Домах ребенка/История зарубежной дошкольной педагогики. Хрестоматия, 1986. С. 378412.
98. *Мнухин С. С.* О клиникофизиологической классификации состояний общего психического недоразвития у детей.— Труды инта Бехтерева, 1961. Т. 25.
99. *Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников. М., 1994.
100. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л., 1961.
101. *Никольская О. С.* Проблемы обучения аутичных детей//Дефектология, 1995. № 2. С. 817.
102. *Никольская О. С., Баевская Е. Р.* Психологопедагогическая коррекция раннего детского актизма//Ранний детский аутизм. М., 1981.
103. *Нудельман М. М.* Об изменении зрительных представлений при забывании у глухонемых и умственно отсталых детей//Сб. Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых школьников. М., 1940.
104. *Озерецкий Н. И.* Вопросы педагогики и детской неврологии. Л., 1924. Осипова А. А. Общая психокоррекция. М., 2000. Певзнер М. С. Дети олигофрены. М., 1959.
105. *Певзнер М. С.* Клиническая характеристика детей с задержкой психического развития//Дефектология. 1972. № 3.
106. *Переслени Л. И.* Особенности вероятностного прогнозирования у детей в норме и патологии//Вопросы психологии. 1976. № 2.
107. *Пижаже Ж.* Избранные психологические труды. М., 1969.
108. *Поддъяков Н. Н.* Способы сенсорного воспитания в процессе конструктивной деятельности у детей. Теория и практика сенсорного воспитания в детском саду. М., 1972.
109. *Поппандова М. К.* Исследование некоторых гностикопрактических функций у детей, страдающих церебральным параличом в связи с задачами восстановительной терапии: Автореф. канд. дис. Л., 1971.
110. *Пятакова Г. В.* Влияние особенностей семейного воспитания на формирование самооценок у детей с церебральным параличом//Актуальные вопросы лечения заболеваний и повреждений опорнодвигательного аппарата у детей. СПб., 1994.
111. *Рван А. А.* К проблеме социальной адаптации личности//Вестник СПбГУ. 1995. Вып. 3. С. 7479.
112. *Рван А. А.* Психологическая служба школы. СПб., 1993. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. В 2 т. М., 1989. Т. 1, 2.
113. *Рубинштейн С. Я.* Психология умственно отсталого школьника. М., 1979. Рыбалко Е. Ф. Возрастная и дифференциальная психология. Л., 1990.
114. *Сеген Э.* Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно ненормальных детей. СПб., 1903.
115. *Селли Д.* Очерки по психологии детства. М., 1901. Селье Г. На уровне целого организма. М.: Наука, 1972.
116. *Сафади Х.* Клиникопсихологические особенности умственной работоспособности у неуспевающих школьников с задержкой психического развития: Автореф. канд. дис. СПб., 1997.
117. *Семенова К. А.* Детские церебральные параличи. М., 1968.
118. *Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я.* Клиническая и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972.
119. *Симонова Н. В.* Формирование пространственно-временных представлений у детей с церебральным параличом//Дефектология, 1981. № 4.
120. Семья в психологической консультации. Опыт и проблемы психологического консультирования/Под ред. А. А. Болдарева, В. В. Столина. М., 1989.
121. *Соловьев И. М.* Восприятие умственно отсталых школьников. Сб. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы. М., 1965. С. 7681.
122. *Спиваковская А. С.* Нарушение игровой деятельности. М., 1980. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. М., 1988.
123. *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. В 3 т. Т.1. М., 1955. Т. 2. М., 1959. Т. 3. М., 1965.
124. *Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1974.
125. *Трошин П. Я.* Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей. СПб., 1916. Т. 1, 2.
126. *Ушаков Г. К.* Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. Фрейд З. Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1989. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. М., 1993. Футер Д. С. Заболевания нервной системы у детей. М., 1967.

- 127.Цзен Н. В., Пахомов Ю. М. Психотехнические игры. М., 1988. Цукер М. Б. Основы невропатологии детского возраста. М., 1947.
- 128.Чавес С. Социальнопсихологические особенности семейного воспитания детей с церебральным параличом: Автореф. канд. дис. СПб., 1992.
- 129.Шутицына Л. М. Нейропсихологический анализ высших психических функций у детей с отклонениями в развитии//Тезисы докладов I Международной конференции памяти А. Р. Лурии. М., 1997.
- 130.Шошин П. Б. Опознавание простых изображений детьми с задержкой психического развития//Дефектология, 1972. № 4.
- 131.Шевченко С. Н. Онтогенетически ориентированная психотерапия детей и подростков (на модели заикания)//Психокоррекция: теория и практика. М., 1995.
- 132.Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. Л., 1992.
- 133.Эйдинова М. Б., ПравдинаВинарская Е. Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. М., 1959.
- 134.Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психологического развития в детском возрасте//Вопросы психологии. 1971, № 4. С. 620.
- 135.Эльконин Д. Б. Психологопедагогическая диагностика: проблемы и задачи//Психодиагностика в школе. Таллин, 1980.
- 136.Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция//Под ред. Лебединского В. В. М., 1990.
- 137.Хейсерман Э. Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка. (Оценка интеллектуального, сенсорного и эмоционального развития). М.: Просвещение, 1964.
- 138.Adier A. The practice and Theory of Individual Psychology. London, 1924. Adier A. What Life Should Mean to You. London, 1932.
- 139.Andresova S, Hamalova J. Sociální adaptace dětí juvenilní revmatidní artritidou//Fysiabz. Reumol. Vestn. 1984. Vol. 62.
- 140.Axline V. Play Therapy. Boston, 1947.
- 141.Bender M. Psychological problems of children with organic brain disease// Amer. J. Orthopsychiatr. 1949. Vol. 19.
- 142.Blotecy A, Tiller B. Psychological symptoms of brain injured//Preventive medicine. 1992. Vol. 4.
- 143.Botta N., Botta P. L'education therapeutique des enfants moteurs cerebraux. Paris, 1958.
- 144.Buhler C. H. Genetic aspects of the self//Fundamentals of psychology. The psychology of self. Vol. 96.
- 145.Chan J. M. Preparation for procedures and surgery through play//Pediatrician. 1980. Vol. 9.
- 146.Campbell S. Cognitive styles and behavior problems of clinic boys//Journal of abnormal Child Psychology. 1974. № 2. P. 307312.
- 147.Crothers B., Raine R. The natural history of Cerebral Palsy. Oxford, 1988. Erikson E. Child and Society. N. Y., 1963. P. 1122.
- 148.Henderson J. I. Cerebral palsy in childhood and adolescence: (A medical, psychological and social study). Edinburgh; London, 1961.
- 149.Henoch M, Boston J., Baum J. Chronic physical illness in childhood: Psychological and social effects in adolescence and adult life//International Congress of Rheumatology, 16th: Abstracts. Philadelphia, 1977.
- 150.Kanner L. Autistic disturbances of effective content//Nervous Child. 2. 1943. Kanner L. Child Psychiatry. N. Y., 1955.
- 151.Kastein S., Hendin J. Language development in a group of children with spastic hemiplegia//Journal of Pediatrics. 1951. Vol. 39.
- 152.Klein M. Narrative of Child Analysis. New York, 1960.
- 153.Litt L, Guskey W, Rozenberg A. Intellectual and emotional problems of children with reumathic//Pediatrics. 1982. Vol. 69.
- 154.Little W. V. On the influence of abnormal parturition difficult labour, prematurity and physical condition of the child, especially in relation to deformities. Transaction of the obstetrical society of London, VIII, 1862. P. 293344.
- 155.Machover K. Personality projection in the drawing of the human figure. Springfield, 1949.
- 156.Oswin M. Behavior problems among children with cerebral palsy. Bristol, 1967. Piaget J. The psychology of intelligens. London, 1967.
- 157.Rank D. Adaptation of the psychoanalytic technique for treatment of young children with atypical development//American Journal of Orthopsychiatry. 19. 1949. P. 130139.
- 158.Rimon R, Belmaker R., Ebstein R. The psychology of children with reumathic//Scand. Journal of Rheumatology, 1977. Vol. 6.
- 159.Richardson N. Effects of physical disability in a child's disability of himself// Child Development. 1964. Vol. 35.
- 160.Rogers C. Clientcentered therapy. Boston. Houghton Mifflin, 1951.
- 161.Putter M. Child schizophrenia reconsidered//J. Autism and Child Schizophrenia. 1972. Vol. 2.
- 162.Saran M. Assessment of intellectual functioning across the lifespan in severe cerebral palsy developmental medicine and child neurology. 1986. Vol. 28.
- 163.Schneider K. Therapist's personal maturity and therapeutic success. Howstrong is the link//The psychoterapy patient 1992. Vol. 8, № 34.
- 164.Strauss A. A., Lehtinen L. E. Psychopathology and education of the braininjured child. N. Y., 1947.
- 165.Freud A. The role of bodily illness in mental life of children//Psychoanalytical study of the children. 1952. Vol. 7.
- 166.Welch M. Retrieval from autism through motherchild holding therapy, 1983. Welch M. Holding Time. Simon and Schuster. New York, 1988.
- 167.Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London; New York, 1986.

