

**КУРС ЛЕКЦИЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Под редакцией Л.В. Шиповой

Учебное пособие

САРАТОВ
2014

УДК 159.922.76 (075.8)
ББК 88.4 я73

Курс лекций по специальной психологии: Учебное пособие / [А.К. Акименко, Е.А. Георгица, Е.С. Гринина, М.Д. Коновалова, А.Г. Колчина, О.В. Кухарчук, Т.Ф. Рудзинская, О.И. Сулова, Л.В. Шипова]; под ред. Л.В. Шиповой. – Саратов, 2014. – 402 с.

Учебное пособие посвящено актуальным, теоретически и практически значимым проблемам специальной психологии. В нем рассматриваются вопросы психического развития детей с различными нарушениями развития: с умственной отсталостью, с задержкой психического развития, с нарушениями слуха, с речевыми расстройствами, с ранним детским аутизмом, со сложными недостатками развития; раскрываются основные направления психологической помощи детям с нарушениями развития, обсуждаются теоретико-методологические и прикладные проблемы психологической диагностики, консультирования, психокоррекции и психотерапии, рассматриваются вопросы содержания и организации специальной психологической помощи.

Для студентов, обучающихся по профилю «Специальная психология», преподавателей, психологов, работников специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждений.

Рецензенты:

доктор социологических наук, зав. кафедрой коррекционной педагогики
СГУ им. Н.Г. Чернышевского *Ю.В. Селиванова*;

доктор медицинских наук, профессор кафедры анатомии человека Саратовского
государственного медицинского университета имени
В.И. Разумовского *А.А. Зайченко*.

Издано в авторской редакции

© Шипова Л.В., Кухарчук О.В.,
Сулова О.И. и др., 2014

СОДЕРЖАНИЕ

1. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....8

1.1. Психология детей с нарушениями слуха.....8

1.1.1. Теоретические основы сурдопсихологии.....8

1.1.2. Классификация детей с нарушениями слуха.....9

1.1.3. Своеобразие развития познавательных процессов у детей с нарушениями слуха.....11

1.1.4. Особенности развития личности школьников с нарушениями слуха.....16

1.1.5. Психолого-медико-педагогическое обследование детей с нарушениями слуха.....20

1.2. Психология детей с нарушениями зрения.....24

1.2.1. Тифлопсихология как наука о закономерностях психического развития лиц с глубокими нарушениями зрения.....24

1.2.2. Компенсация зрительной недостаточности.....38

1.2.3. Особенности развития познавательной деятельности детей с нарушениями зрения.....48

1.2.4. Своеобразие личности при слепоте и слабовидении.....69

1.2.5. Особенности общения и межличностных отношений при слепоте с слабовидением.....83

1.3. Психология детей с умственной отсталостью.....98

1.3.1. Умственная отсталость: понятие, этиология, систематика.....98

1.3.2. Общие и специфические закономерности психического развития детей с умственной отсталостью.....112

1.3.3. Психическое развитие умственно отсталых детей в различные возрастные периоды.....117

1.3.4. Клинико-психологическая характеристика состава учащихся специального (коррекционного) общеобразовательного учреждения VIII вида.....123

1.4. Психология детей с задержкой психического развития...129

1.4.1. Задержка психического развития: понятие, этиология, систематика.....	129
1.4.2. Характеристика основных вариантов задержки психического развития.....	131
1.4.3. Особенности эмоционального развития детей с задержкой психического развития.....	133
1.5. Логопсихология.....	140
1.5.1. Предмет и задачи логопсихологии.....	140
1.5.2. Связь логопсихологии с другими науками.....	140
1.5.3. Соотношение первичных и вторичных признаков в структуре речевого дефекта.....	143
1.5.4. Психологические особенности лиц с различными речевыми расстройствами.....	144
1.6. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.....	149
1.6.1. Нарушения опорно-двигательного аппарата.....	149
1.6.2. Детский церебральный паралич.....	150
1.6.3. Этиология детского церебрального паралича.....	152
1.6.4. Особенности развития личности и детей с детским церебральным параличом.....	154
1.7. Психология детей с ранним детским аутизмом.....	156
1.7.1. Современное состояние проблемы раннего детского аутизма в отечественной и зарубежной науке.....	156
1.7.2. Особенности развития детей с ранним детским аутизмом на разных возрастных этапах.....	159
1.7.3. Классификация раннего детского аутизма (по О.С. Никольской)...	163
1.7.4. Диагностическая карта (обследование ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма).....	165
1.8. Психология детей со сложными нарушениями развития...173	
1.8.1. Предмет и задачи психологии детей со сложными нарушениями развития.....	173
1.8.2. Различие понятий сложного и осложненного дефекта.....	173
1.8.3. Причины сложных нарушений развития.....	174

1.8.4. Классификации детей со сложными нарушениями развития.....	174
1.8.5. Дети со сложным дефектом, включающим нарушения двух сенсорных систем – зрения и слуха.....	176
1.8.6. Дети с нарушенным слухом и сниженным интеллектом.....	179
1.8.7. Дети с нарушениями зрения и интеллекта.....	180
1.8.8. Дети с нарушениями опорно-двигательной системы и интеллекта.....	181
1.8.9. Система психологической и коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями в развитии.....	182
1.8.10. Роль семьи в системе психологической и коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями в развитии.....	185

2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....187

2.1. Вопросы психодиагностики.....187

2.1.1. Психодиагностика как наука.....	187
2.1.2. Классификация и общая характеристика методов психодиагностики.....	189
2.1.3. Проективные методы в психологии.....	198
2.1.4. Психологическая диагностика в раннем возрасте.....	206
2.1.5. Диагностика психического развития дошкольника и младшего школьника.....	216
2.1.6. Психологическая диагностика познавательных процессов подростка и старшеклассника.....	222
2.1.7. Диагностика межличностных отношений старших школьников.....	223
2.1.8. Принципы, задачи и структура патопсихологического исследования.....	229

2.2. Психологическое консультирование.....234

2.2.1. Психологическое консультирование как один из видов работы практического психолога.....	234
2.2.2. Система общих, профессиональных и морально-этических требований к психологическому консультированию.....	239

2.2.3. Структура психологического консультирования, ее основные этапы и процедура.....	243
2.2.4. Классификации видов консультирования: специфика и основные особенности.....	246
2.2.5. Основные направления консультирования.....	249
2.2.6. Интервью как основной метод консультирования. Техники психологического консультирования.....	263
2.2.7. Типология консультантов и клиентов.....	272
2.2.8. Особенности психологического консультирования родителей детей в период от рождения до поступления в школу.....	277
2.2.9. Особенности психологического консультирования младших школьников и их родителей.....	284
2.2.10. Особенности психологического консультирования родителей подростков, юношей и девушек.....	294
2.2.11. Основные направления консультативной работы с учащимися в период подросткового кризиса и кризиса ранней юности.....	298
2.2.12. Психолого-педагогическое консультирование учителей коррекционных образовательных учреждений.....	303
2.2.13. Психологическое консультирование подростков-инвалидов.....	309

2.3. Психологическая коррекция.....315

2.3.1. Психологическая коррекция как одно из направлений деятельности специального психолога.....	315
2.3.2. Основные принципы психокоррекционной работы.....	317
2.3.3. Требования к разработке или составлению психокоррекционной программы.....	321
2.3.4. Классификация основных видов психокоррекции, их характеристика.....	324
2.3.5. Основные направления коррекционной работы с клиентом.....	326
2.3.6. Общая характеристика методов психокоррекционной работы.....	327
2.3.7. Психогимнастика как метод психокоррекционной работы.....	331
2.3.8. Игротерапия в коррекционной работе психолога.....	333
2.3.9. Сказкотерапия и куклотерапия как метод психокоррекционного воздействия на клиента.....	334
2.3.10. Арттерапия в работе специального психолога.....	337

2.3.11. Применение тренингов в коррекционно-развивающей работе с подростками.....	341
2.3.12. Психокоррекция депрессивных проявлений у подростков.....	344

2.4. Основы психотерапии.....	348
2.4.1. Общие представления о психотерапии.....	348
2.4.2. Психодинамическая модель психотерапии.....	351
2.4.3. Когнитивно-поведенческая модель психотерапии.....	364
2.4.4. Экзистенциальная модель психотерапии.....	372

3. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....377

3.1. Психолого-педагогическое сопровождение как основная форма деятельности педагога-психолога.....377

3.1.1. Понятие психолого-педагогического сопровождения как основной формы деятельности педагога-психолога.....	377
3.1.2. Модели психолого-педагогического сопровождения.....	379

3.2. Основные направления деятельности педагога-психолога.....380

3.2.1. Школьная прикладная психодиагностика.....	380
3.2.2. Психокоррекционная и развивающая работа со школьниками.....	383
3.2.3. Консультирование и просвещение школьников, родителей и педагогов.....	385

3.3. Основные принципы и методологические основания деятельности специального психолога.....387

3.3.1. Цель, задачи и специфика деятельности специального психолога..	387
3.3.2. Принципы деятельности специального психолога.....	388
3.3.3. Представления об отклоняющемся и нормативном развитии в специальной психологии.....	390

3.4. Организационно-методическая работа психолога.....392

3.4.1. Основные виды планирования деятельности психолога.....	392
3.4.2. Примерное распределение рабочего времени педагога-психолога.....	393
3.4.3. Виды документации. Составление отчетов.....	398

1. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

1.1. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

1.1.1. Теоретические основы сурдопсихологии

Сурдопсихология (психология лиц с нарушениями слуха) — раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие глухих и слабослышащих людей, возможности коррекции слуха в условиях обучения и воспитания.

Предметом сурдопсихологии являются изучение своеобразия психического развития людей с недостатками слуховой функции и установление возможностей и путей компенсации нарушений различной сложности.

Задачи сурдопсихологии заключаются в следующем:

- выявить общие и специфические закономерности психического развития людей с нарушенным слухом по сравнению с людьми, имеющими сохранный слух;
- изучить особенности развития отдельных видов познавательной деятельности людей с нарушенным слухом;
- изучить закономерности развития их личности;
- разработать методы диагностики и психологической коррекции нарушений психического развития людей с недостатками слуха;
- дать психологическое обоснование наиболее эффективных путей и способов педагогического воздействия на детей и взрослых с нарушенным слухом, изучить психологические проблемы интеграции людей с нарушенным слухом в общество, в частности проблемы интегрированного обучения.

Сурдопсихология заимствует методы из общей психологии и модифицирует их с учётом своих потребностей. Т.Г. Богданова к основным методам относит метод наблюдения и психологический эксперимент, к вспомогательным — метод анализа продуктов деятельности, метод тестов, анкетирование и др.

Психологические особенности людей с недостатками слуха привлекали внимание педагогов и врачей-психиатров уже с середины XIX в. Развитие российской сурдопедагогики того времени связано с педагогической деятельностью и исследованиями таких известных ученых, как Н.М. Лаговский, А.Ф. Остроградский, Ф.А. Рау, В.И. Флери.

В 20-е гг. XX в. систематическая разработка проблем специальной психологии (и в частности сурдопсихологии) проходила под руководством

Л.С. Выготского и под влиянием его идей, его последователи Л.В. Занков и И.М. Соловьев разработали экспериментально-психологические методики изучения детей с отклонениями в развитии, в том числе детей с нарушениями слуха. В последующие годы было проведено много психологических исследований особенностей развития глухих детей К.И. Вересотской, Т.А. Власовой, Г.Л. Выгодской Л.В. Занковым, Д.М. Маянц, Н.Г. Морозовой, М.М. Нудельман, А.П. Розовой и др.

1.1.2. Классификация детей с нарушениями слуха

В настоящее время М.Я. Козлов, А.Л. Левин, Д.И. Тарасов и др. выделяют три группы причин и факторов, вызывающих нарушение слуха или способствующих его развитию:

I группа. Причины и факторы наследственного характера, которые приводят к изменениям в структуре слухового аппарата и развитию наследственной тугоухости.

II группа. Факторы эндогенного и экзогенного воздействия на орган слуха плода, обуславливающие появление врождённой тугоухости.

III группа. Факторы, действующие на орган слуха здорового ребёнка в один из периодов его развития и приводящие к возникновению приобретённой тугоухости.

Важное значение для правильного понимания особенностей психического развития детей с нарушениями слуха, для своевременной диагностики и организации их обучения и воспитания, в частности для определения типа учреждения, в котором должен учиться ребенок, имеет классификация таких детей.

В нашей стране наибольшее распространение получила медицинская классификация нарушений слуха у детей, предложенная Л.В.Нейманом. Если нарушение слуха распространяется на диапазон частот, относящийся к разговорной речи (от 500 до 3500 Гц), то ее восприятие становится невозможным. При потере слуха более 80 дБ наступает глухота, при частичном нарушении (тугоухости) отмечается потеря от 15 до 80 дБ. В соответствии с данной классификацией устанавливаются три степени тугоухости в зависимости от средней арифметической потери слуха в области речевого диапазона частот:

1 степень – снижение слуха не превышает 50 дБ. Для ребёнка доступно речевое общение – разборчивое восприятие речи на расстоянии более 1-2 м.

2 степень – средняя потеря слуха от 50 до 70 дБ. Речевое общение затруднено, разговорная речь воспринимается на расстоянии до 1 м.

3 степень – потеря слуха превышает 70 дБ. Общение нарушено, разговорная речь воспринимается неразборчиво даже у самого уха.

Люди, имеющие нарушения слуха, в зависимости от его остаточной сохранности могут быть отнесены к одной из четырех групп:

1 группа – дети, воспринимающие звуки самой низкой частоты (125-250 Гц).

2 группа – дети, воспринимающие звуки до 500 Гц.

3 группа – дети, воспринимающие звуки до 1000 Гц.

4 группа – дети, которым доступно восприятие звуков в широком диапазоне частот, т.е. 2000 Гц и выше.

Педагогические классификации направлены на обоснование различных подходов к обучению детей с нарушениями слуха. В нашей стране наибольшее применение находит психолого-педагогическая классификация Р.М. Боскис, предложившей критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушениями слуха:

- степень потери слуха;
- время возникновения нарушения слуха;
- уровень развития речи.

В соответствии с названными критериями выделяют следующие группы.

Первая — **глухие (ранооглохшие)** дети, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах. К этой группе относят детей с такой степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею. Они овладевают зрительным (чтение с губ) и слухозрительным (при помощи звукоусиливающей аппаратуры) восприятием словесной речи только в условиях специального обучения.

Вторая — **позднооглохшие** дети, «глухие, сохранившие речь» — те, кто потерял слух в том возрасте, когда речь уже была сформирована. У них может быть разная степень нарушения слуха и разный уровень сохранности речи, поскольку при возникновении нарушения слуха без специальной педагогической поддержки речь начинает распадаться. Эти дети имеют навыки словесного общения. Важным для них является освоение навыков зрительного или слухозрительного восприятия словесной речи. Развитие мышления в большей степени сходно с его развитием у слышащих детей, чем у ранооглохших. Это сходство оказывается тем большим, чем лучше сохранены речевой запас и связанные с ним возможности отражения действительности при помощи словесных обобщений.

Третья — дети с частичной потерей слуха — **слабослышащие (тугоухие)**. В зависимости от степени сохранности слуха некоторые из них могут в какой-то мере самостоятельно овладевать речью, но такая речь обычно имеет ряд существенных недостатков, которые подлежат коррекции в процессе обучения. Значение зрительного восприятия речи возрастает в зависимости от тяжести нарушений слуха.

На основе психолого-педагогической классификации осуществляется дифференцированное специальное обучение детей, имеющих разные степени нарушений слуха и разные уровни речевого развития. При направлении ребенка в тот или иной вид специальной школы учитываются и степень нарушения слуха, и уровень его речевого развития. Так, позднооглохшие часто учатся в школах для слабослышащих детей; глухим детям с высоким уровнем речевого развития и сформированными навыками восприятия устной словесной речи также рекомендуют учиться в школе для слабослышащих.

И.М.Соловьев выделяет две закономерности психического развития, характерные для детей с нарушенным слухом:

- компоненты психики у ребенка с нарушенным слухом развиваются в иных по сравнению со слышащими детьми пропорциях.
- отличия в темпах психического развития у детей с нарушениями слуха по сравнению с нормально слышащими детьми: замедление психического развития после рождения и ускорение в последующие периоды.

1.1.3. Своеобразие развития познавательных процессов у детей с нарушениями слуха

Зрительное восприятие. Зрительное восприятие детей с недостатками слуха развивается по тем же законам, что и восприятие слышащих, но специфика нарушения приводит к несвоевременному формированию межфункциональных взаимодействий (между восприятием и речью), а это, в свою очередь, отрицательно влияет на развитие одного из самых сложных свойств восприятия – осмысленности. Аналогичные нарушения можно обнаружить при анализе других видов восприятия.

У детей с нарушениями слуха наблюдается замедленное по сравнению со слышащими сверстниками узнавание предметов. У глухих детей восприятие и узнавание протекает медленнее, чем у них слышащих сверстников. Им требуется больше времени для того, чтобы выделить информативные признаки предмета. Еще большие трудности у них возникают при необходимости узнавания знакомых предметов геометрических фигур, разрозненных элементов (групп точек и линий) в перевернутом на 180° положении. Это связано с менее подробным анализированием и синтезированием предметов в прошлом опыте, с замедленным формированием у глухих детей произвольности процесса восприятия

Выделение и различение форм предметов облегчается благодаря овладению соответствующими обозначениями и применений их на практике. Дети, не владевшие жестовыми обозначениями форм предметов, плохо различают их по этому признаку. Дети, владевшие жестовыми

обозначениями, подбирают предметы в 2-3 раза точнее. При этом степень различения форм прямо зависит от степени знания жестовых обозначений. Еще меньше трудностей в различении форм отмечено у детей, с раннего детства находившихся в условиях специального обучения и овладевающих словесной речью.

Двигательные ощущения. Специфические особенности развития двигательных ощущений детей с недостатками слуха вытекают из структуры нарушения и связаны с отставанием в формировании межфункциональных взаимодействий. У детей с недостатками слуха наблюдаются:

- недостаточно точная координация и неуверенность движений.
- замедленность в овладении двигательными навыками
- трудности в овладении статического и динамического равновесия
- нарушение плавности и синхронности движений
- низкий уровень пространственной ориентировки
- замедленная скорость выполнения отдельных движений и темпа в целом

Велика роль двигательных ощущений в овладении глухими устной речью – они являются для детей и взрослых единственным средством самоконтроля за произношением, поскольку при исправлении неправильного произношения глухой зачастую может опираться только на те ощущения, которые получает от движений артикуляционного аппарата.

Кожные ощущения и восприятие. Кожные ощущения и восприятие возникают при непосредственном контакте предмета с кожей, к ним относятся тактильные, вибрационные, температурные, болевые. Из всех видов кожных ощущений для компенсации нарушений слуха наибольшее значение имеют вибрационные.

У детей с нарушениями слуха наблюдается значительное отставание в развитии осязания, особенно в развитии его сложных форм. Глухие дети 7-8-летнего возраста испытывают затруднения в узнавании предметов, посредством осязания при выключенном зрении. Это говорит об отставании в развитии осязания как самостоятельного познавательного процесса.

Таким образом, у детей с нарушенным слухом наблюдается определенная закономерность развития ощущений и восприятия, которая характерна для дефицитарного нарушения – асинхрония, что проявляется в разной степени недоразвития одних систем восприятия (двигательная чувствительность, осязание) при более высоком уровне развития других систем восприятия (зрительное восприятие, вибрационная чувствительность).

Внимание. В дошкольном возрасте у детей с нарушениями слуха, так же как у их слышащих сверстников, ведущим видом внимания

является произвольное. В школьном возрасте происходит становление произвольного внимания. У детей с нарушенным слухом гораздо большее значение, чем в норме, имеют зрительные раздражители, а значит, основная нагрузка по переработке поступающей информации ложится на зрительный анализатор. Ежесекундная фиксация мимики лица и положения губ говорящего требует напряжения внимания, что ведет к утомлению и потере устойчивости внимания. У глухих детей отмечаются трудности переключения внимания, им требуется больше времени на «вработывание». Это приводит к снижению скорости выполняемой деятельности и увеличению количества ошибок.

Наибольший темп развития произвольного внимания приходится у детей с нарушенным слухом на подростковый возраст (у слышащих оно формируется на 3-4 года раньше). Более позднее становление высшей формы внимания связано и с отставанием в развитии речи.

Образная память. Специфические особенности зрительного восприятия глухих влияют на эффективность их образной памяти, в окружающих предметах и явлениях они отмечают часто несущественные признаки. Исследования Т.В. Розановой показали, что при произвольном запоминании наглядного материала глухие дети по всем показателям развития образной памяти отстают от нормально слышащих детей: в дошкольном возрасте хуже запоминают места расположения предметов; в начале младшего школьного возраста имеют менее точные, чем их слышащие сверстники, образы памяти, поэтому путают места расположения предметов, сходных по изображению или функциональному назначению. При дальнейшем обучении разница со слышащими детьми в успешности запоминания постепенно уменьшается.

Глухие дети реже пользуются приемами опосредствованного запоминания, что отрицательно сказывается на сохранении образов в памяти. Особенности произвольного и произвольного запоминания наглядного материала глухими детьми накладывают отпечаток и на прочность запоминания, т.е. длительность хранения материала в памяти. У глухих детей изменение образов, хранящихся в памяти, совершается одновременно в двух направлениях: в направлении потери своеобразия запомнившегося объекта и в направлении усиления этого своеобразия. У слышащих детей более длительно и устойчиво сохраняются точные образы объектов.

Словесная память. В развитии данного вида памяти у детей с нарушениями слуха наблюдаются большие сложности, поскольку даже в условиях специального обучения отставание в развитии словесной речи приводит к отставанию в развитии словесной памяти.

Особенности запоминания слов глухими детьми были изучены Д.М. Маянц, которая обнаружила как сходство, так и различие глухих и слышащих детей при осуществлении запоминания. Сходство определяется

тем, что у всех детей запоминание было осмысленным. Но если у слышащих детей все замены слов при воспроизведении были смысловыми, то у глухих детей наблюдалось три типа замен: 1) замены по внешнему сходству слова (угол – уголь, дрожит – держит); 2) смысловые замены; 3) замены слов, в которых сочетается внешнее сходство и смысловая близость (выбрали – собрали, описывал – уписывал).

На успешность запоминания слов глухими детьми оказывает влияние то, к какой грамматической категории относятся эти слова. Глухие дети прежде всего овладевают существительным, имеющим прямую предметную отнесенность. Формирование представлений о других грамматических категориях проходит значительно сложнее, поскольку должно опираться на соответствующие мыслительные операции (например, на абстрагирование – при усвоении прилагательных, обобщение действий – при усвоении глаголов). Поэтому при запоминании существительных различия между глухими и слышащими детьми к подростковому возрасту постепенно уменьшаются, при запоминании глаголов и прилагательных эти различия продолжают существовать на протяжении всех лет обучения. Трудности, испытываемые глухими детьми в запоминании слов, связаны с особенностями овладения ими словесной речью.

Развитие словесной памяти глухих детей проходит ряд стадий (И.М. Соловьев).

Для первой стадии (I – III классы) характерен распространяющийся тип запоминания, т.е. прирост воспроизводимого материала от повторения к повторению. На этой стадии ребенок может вообще не понять текст, поэтому каждый его элемент выступает для него как рядоположный, а текст – как последовательность элементов.

Для второй стадии (IV – VI классы) характерен охватывающий тип запоминания, при котором ребенок понимает и запоминает общий смысл текста и ключевые его слова, а в дальнейшем пополняет его недостающими элементами.

Для третьей стадии развития словесной памяти характерно полное понимание и запоминание текста (VII – VIII классы).

Таким образом, память глухих детей совершенствуется в ходе формирования словесной речи, в процессе игровой и учебной деятельности.

Мышление. Глухие дети, особенно до усвоения словесной речи и даже в процессе овладения ею, длительное время продолжают оставаться на стадии наглядно-образного мышления. В этом проявляется одна из диспропорций их психического развития – превалирование наглядных форм мышления над понятийными. В период от 7 до 10 лет у глухих детей наблюдается более быстрый темп развития наглядно-образного мышления, чем у слышащих.

У глухих детей старшего школьного возраста своеобразие в развитии наглядно-образного мышления обнаруживается лишь при решении сложных задач. Это объясняется тем, что у них страдает точность и полнота отражения существенных признаков и их отношений, лежащих в основе условия задачи.

В связи с более поздними сроками формирования наглядно-образного мышления, с замедленным развитием словесной речи у глухих детей переход на стадию словесно-логического мышления происходит в течение более длительного времени, завершается к семнадцати годам и даже позднее.

Особые трудности возникают у глухих детей при необходимости сделать умозаключение по содержанию текста, что требует сопоставления словесно сформулированных суждений. При этом глухие дети (даже десятиклассники) давали ответы, в которых логическая связь формально как бы присутствовала и была оформлена речевыми средствами, но содержательно отсутствовала. Все эти трудности свидетельствуют о том, что у глухих детей позже формируются мыслительные операции.

Речь. Важной особенностью психического развития глухих детей является почти одновременное овладение несколькими различными видами речи, т.е. своеобразная полиглоссия:

- 1) словесной (устной и письменной);
- 2) дактильной;
- 3) жестовой.

Все виды речевой деятельности формируются в единстве. Большинство глухих владеют разными видами речи. При этом у глухих детей иные, чем у слышащих, сенсорные основы, формирования первичных образом слова является слуховой, у глухих детей – зрительный подкрепляемый двигательными ощущениями (артикуляцией, дактилированием или письмом).

Зрительное восприятие слов, написанных на табличках («глобальное чтение»), начинается с нерасчлененного восприятия и узнавания табличек, сначала – по цвету, фактуре, позднее – по первой букве.

Характерной особенностью формирования речи у глухих детей являются трудности, которые они испытывают при овладении грамматическими преобразованиями и которые обусловлены иными сенсорными основами овладения речью. Звучащее слово воспринимается на слух как единое.

При овладении словесной речью глухие дети испытывают целый ряд трудностей, связанных с особенностями усвоения словарного состава языка, грамматического строя, речедвигательных навыков. Все это обедняет их познавательную деятельность, хотя предпосылки ее развития сохранены. Чем раньше глухого ребенка начинают обучать словесной речи, тем в большей степени будут использованы предпосылки развития

познания, тем лучше такой ребенок будет усваивать словесную речь. Развитие наглядных форм мышления у глухих детей опережает развитие речи, в то время как у слышащих мышление и речь развиваются в единстве. Однако опережающее развитие мышления существенно помогает глухому ребенку в усвоении речи.

В процессе обучения глухие дети овладевают дактильной речью – своеобразной кинетической формой словесной речи, построенной на движениях пальцев руки в воздухе. Движения рук обозначают буквы алфавита национального языка, например русского.

Жестовая речь служит своеобразной компенсацией отсутствующей словесной речи, является средством, позволяющим глухому общаться с окружающими людьми.

На начальных этапах психического развития жестовая речь возникает на основе экспрессивно-мимических и предметно-действенных средств общения: глухие дети прибегают к естественным жестам в сочетании с выразительной мимикой, так как испытывают потребность в общении стремятся установить контакты с близкими людьми и выразить свои желания. При этом сначала используются указательные жесты, затем – жесты, имитирующие некоторые действия, отражающие соотношения между предметами, драматизацию событий.

Таким образом, в речевом развитии детей с нарушениями слуха наиболее наглядно и ярко выступает их своеобразие по сравнению с нормально слышащими детьми – поздние сроки начала овладения словесной речью, одновременное и параллельное усвоение разных видов речи (словесной и жестовой; устной, письменной, дактильной), характерное для многих глухих словесно-жестовое двуязычие, трудности овладения словарным составом и грамматическим строем словесной речи. Все эти особенности влияют на развитие других познавательных процессов, прежде всего мышления, сказываются на формировании личности детей, их познавательных интересов.

1.1.4. Особенности развития личности школьников с нарушениями слуха

Проблемой изучения личности глухих и слабослышащих людей в нашей стране занимались Т.Г. Богданова, А.П. Гозова, Н.Г. Морозова, М.М. Нудельман и др.

Особенности развития личности, имеющей нарушения слуха, зависят от ряда факторов:

- времени поражения слуха;
- степени потери слуха;
- уровня интеллектуального развития;
- отношений в семье;

- сформированности межличностных отношений.

Отставание в овладении речью приводит к ограниченности социальных контактов неслышащих детей, появление фрустраций у них и у их родителей. Трудности в обсуждении жизненных планов, описании событий внутренней жизни приводит к ограничениям социальных взаимодействий.

Глухие дети менее социальны зрелы (адаптированы в обществе), чем их слышащие сверстники. Глухие дети глухих родителей относительно более социально зрелы, чем глухие дети слышащих родителей. Интернатная жизнь глухих детей также связана с их социальной незрелостью.

Самооценка и уровень притязаний. Развитие самооценки и уровня притязаний глухих школьников идет в том же направлении, что и в норме.

Сравнительное исследование самооценки глухих детей глухих родителей и глухих детей слышащих родителей показало, что у первых самооценка более адекватна. Кроме того, более позитивной была «Я-концепция» у тех детей, чьи глухие родители принимали активное участие в жизни сообщества глухих. Это может быть обусловлено несколькими причинами. Глухие родители дают глухим детям положительную ролевую модель поведения. На формирование завышенной самооценки влияет тот факт, что глухие дети получают похвалу за меньшие достижения. Замедленные темпы интеллектуального развития у глухих детей приводят к более позднему формированию механизмов рефлексии и самоанализа. Из-за того, что окружающие иначе относятся к глухому, чем к слышащему, у него возникают и закрепляются специфические черты личности.

Ряд исследований посвящен изучению и сравнительному анализу самооценок детей с нарушениями слуха, обучавшихся в разных типах образовательных учреждений. Ученики школ-интернатов имели более высокую самооценку, чем дети с нарушениями слуха, проходившие обучение в специальных классах обычных школ.

Представление глухих детей о самих себе часто бывают неточными, для них характерны преувеличенные представления о своих способностях и, об оценке их другими людьми. У глухих детей, имеющих глухих родителей, самооценка более адекватна по сравнению с глухими детьми слышащих родителей. У глухих младших школьников со средним уровнем интеллектуального развития отмечают в основном завышенные самооценки. У слабослышащих младших школьников с высоким интеллектуальным уровнем наблюдаются в основном адекватные самооценки, то есть они в целом соответствуют по уровню развития личности нормально развивающимся детям того же возраста.

К особенностям формирования личности глухого ребенка относятся следующие:

1. Глухой ребенок испытывает трудности в общении с окружающими слышащими людьми, что, естественно, замедляет процесс усвоения информации.

2. Нарушение слухового анализатора обедняет опыт глухих детей, лишает их возможности познать весьма существенную сторону действительности – акустическую (звучание человеческого голоса, пение птиц, музыкальные звуки и др.), которая имеет важное значение в эмоциональном развитии.

3. В отличие от слышащих, которые способны спонтанно усвоить значительную часть социального опыта людей, глухие дети ограничены в своих возможностях: до начала обучения в специальных детских учреждениях (детсад для глухих детей, школа для глухих) развитие их задержано, протекает в замедленном темпе.

4. Трудности общения и своеобразии взаимоотношений со слышащими также накладывают определенный отпечаток и на характерологические черты глухого.

Интересы и жизненные ценности. Интересы старшекласников с нарушениями слуха в основном группируются вокруг трех видов деятельности: учеба, труд, спорт.

Учеба у глухих старшекласников является главным интересом только в выпускных классах. Глухие ученики старших классов, не являющимися выпускными, наибольший интерес проявляют к спортивной деятельности.

Несмотря на то, что слабослышащие более чем глухие оптимистичны относительно своего будущего, более сориентированы на социальное достижение, также они более социально инфантильны в построении своих жизненных планов, предпочитают думать о сегодняшнем дне, а не строить планы на будущее. У глухих жизненные планы более определенные, в силу суженности сфер профессиональной деятельности. Для глухих менее значима ценность социального достижения.

Учебная деятельность. Осознавая важность учения, глухие учащиеся часто не проявляют к нему интереса. Основным мотивом учебной деятельности у глухих старшекласников является получение образования. Интерес к самим знаниям у многих глухих старшекласников отодвигается на второй план. Стремление к самоутверждению, самосовершенствованию приводит одних учащихся старших классов к чрезмерному увлечению спортом, которые затмевают все другие интересы, у других к бездеятельности и иждивенчеству.

Учитель в школе для неслышащих, особенно для старшекласников обладает большим социальным авторитетом по сравнению с той ролевой позицией, которую занимает на уроке учитель общеобразовательных школ. Если у учащихся общеобразовательных школ доминируют негативные

характеристики к взаимодействию с учителем на уроке, то у глухих и слабослышащих – позитивные. Для глухих школьников по - настоящему авторитетен тот учитель, который всем своим моральным обликом, поведением, делами служит для них примером.

Межличностные отношения.

Т.Г. Богданова и Н.В. Мазурова отмечали, что:

а) глухие дети глухих родителей проявляют меньше положительных эмоций к родственникам;

б) они хорошо относятся к членам своей семьи: глухие дети слышащих родителей положительно относятся к братьям и сестрам, лучше, чем к родителям;

в) отрицательные эмоции проявляются чаще к отцу, чем к матери;

г) общительность в группе сверстников глухих детей из семей глухих родителей 62,5%, из семей слышащих – 60%;

д) глухие дети из семей слышащих имеют более низкий уровень любознательности по сравнению с глухими из семей глухих (65% и 45% соответственно);

е) 45% глухих детей из семей глухих стремятся к лидерству; среди слышащих детей к лидерству стремятся – 30% респондентов; у глухих детей из семей слышащих стремление к лидерству отмечено лишь в 5% случаев; наиболее доминирующую позицию занимают глухие дети из семей глухих, а глухие дети из семей слышащих вообще не хотели быть лидерами.

ж) социальная перцепция (восприятие, понимание и оценивание людей) – у глухих детей недостаточно развита.

Неслышащие школьники, посещающие спецшколы гораздо чаще находятся в конфликтных отношениях с одноклассниками, по сравнению со своими сверстниками из общеобразовательных школ. Это связано с суженностью поля социального взаимодействия неслышащих, большой значимостью в общении неслышащих эмоционального аспекта взаимодействия.

Сенсорный дефект мешает глухому ребенку в нормальном общении со взрослыми, от которых он получает накопленный человечеством опыт, затрудняет контакты со слышащими сверстниками.

Отношение к профессиям. Вопрос о выборе профессии решается глухими учащимися обычно раньше, чем слышащими. Объясняется это тем, что специальная школа и родители глухих детей довольно рано начинают психологически готовить их к выбору профессий. Поэтому у старшеклассников уже формируется определенное отношение ко многим известным профессиям, они начинают серьезно задумываться о путях и средствах своего будущего трудоустройства. Отношение глухих учащихся к профессиям разительно изменяется в среднем школьном возрасте. Глухие учащиеся VIII класса обнаруживают более серьезный подход к

трудовой деятельности, чем четвероклассники. Они глубже понимают особенности разных видов труда и внимательно относятся к вопросу о том, имеются ли у них способности и знания, чтобы успешно трудиться в той или иной области.

Проблемы социализации людей, имеющих нарушения слуха. Одна из причин низкого уровня социальной зрелости глухих подростков и юношей состоит в том, что многие из них учились и учатся в специальных школах, пребывание в которых, задерживает развитие независимости, самостоятельности и ответственности. На социальное развитие детей с нарушениями слуха влияет такой фактор, как характер, взаимодействия между родителями и детьми, особенно на начальных этапах, в период раннего детства.

На уровень социализации детей с нарушением слуха оказывает влияние такой фактор, как наличие или отсутствие нарушений слуха у родителей. Это связано с особенностями семейного воспитания, в частности, с гиперопекой, которая характерна для слышащих родителей по отношению к детям с нарушениями слуха.

При анализе обучения детей с нарушениями слуха в условиях интеграции получены неоднозначные результаты, которые свидетельствуют о том, что поверхностные контакты слышащих детей и взрослых с неслышащими, обусловленные только общим пространством, недостаточны для улучшения отношений между ними.

1.1.5. Психолого-медико-педагогическое обследование детей с нарушениями слуха

Раннее выявление и диагностика нарушений слуха являются важными условиями организации своевременной психолого-педагогической помощи детям в семье и в образовательных учреждениях.

Для получения наиболее полных данных о состоянии слуха и развитии ребенка, необходимых для диагностики и определения путей коррекционной работы, проводится комплексное медико-психолого-педагогическое обследование. Такое обследование ребенка проводится членами психолого-медико-педагогических комиссий (консультаций). Основными задачами работы ПМПК являются следующие:

- уточнение характера и причин нарушений слуха у ребенка;
- изучение индивидуальных особенностей психического развития ребенка;
- определение условий воспитания и обучения ребенка (в семье, в специальном дошкольном учреждении, в условиях интеграции в массовом дошкольном учреждении и др);
- обоснование педагогического прогноза;
- контроль за воспитанием и обучением ребенка со сниженным

слухом;

— подготовка рекомендаций для родителей.

При психолого-педагогическом обследовании детей с нарушениями слуха наблюдаются определенные трудности, связанные со специфическими особенностями их психического развития:

- организация общения;
- непонимание ребенком обращенной к нему речи;
- отсутствие речи у самого обследуемого или ее неразборчивость.

Это ограничивает возможности применения экспериментальных методик.

На последующих этапах все большее значение приобретают вторичные отклонения – отсутствие или отставание в развитии речи, замедленное по сравнению с нормой формирование мышления.

Обследование проводится в доброжелательной спокойной обстановке. Заранее подбирается дидактический материал, необходимый для проведения обследования:

- игрушки для проведения наблюдений за игрой,
- дидактические игрушки и пособия для обследования умственного развития,
- картинки и детские книги,
- звучащие игрушки и др.

Важно, чтобы обследование проходило в тихом помещении, изолированном от внешних шумов, так как это одно из условий проведения проверки слуха.

Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха первых 3–4 лет жизни. В содержание психолого-педагогического изучения ребенка раннего и дошкольного возраста включаются следующие разделы:

- наблюдения за деятельностью ребенка (игрой, рисованием);
- обследование умственного развития;
- проверка состояния слуха;
- проверка состояния речи;
- наблюдения за поведением, выявление личностных особенностей.

Основным методом изучения детей с нарушениями слуха в младенчестве и раннем детстве является метод наблюдения. В естественной обстановке ведется наблюдение за внешними компонентами поведения – двигательными составляющими практических и гностических действий, движениями тела и его частей, перемещениями ребенка, мимикой и пантомимикой, внешними проявлениями вегетативных реакций, вокализациями и речевыми актами, их характером, содержанием, направленностью, продолжительностью, фонетическими, грамматическими, лексическими особенностями.

При проведении психолого-педагогического изучения детей с нарушениями слуха первых 3 – 4 лет жизни необходимо учитывать следующее.

1. Развитие общения – сначала его дословесных форм (вокализации, мимика, естественные жесты, взгляды, движения тела).
2. Степень развития слухового восприятия.
3. Особенности развития движений.
4. Характер подражания.
5. Реакция на одобрение и неудачу.
6. Представления о самом себе.

Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха дошкольного и школьного возраста. При обследовании детей дошкольного и школьного возраста наряду с наблюдением используются:

- экспериментально-психологические методики;
- все виды психологического эксперимента (лабораторный, естественный, обучающий), направленные на выявление особенностей в развитии восприятия, пространственных представлений, памяти, наглядно-действенного и словесно-логического мышления;

- большое значение при обследовании детей с нарушениями слуха имеет анализ продуктов деятельности, в этом случае изучению подлежат материальные или материализованные результаты разных видов деятельности – изобразительной, конструирования, учебной, трудовой; анализ позволяет выделить то, что ребенок делает по указаниям взрослых, и то, что он выполняет самостоятельно;

- тесты, для тестирования психических функций у лиц с нарушениями слуха создаются специальные шкалы действия, включающие задания на составление узоров, идентификацию картинок, решение головоломок из блоков, складывание фигур по образцам и т.п. Основной их особенностью является то, что решение достигается путем операций с различными элементами предметов, а речь используется минимально. Хорошо зарекомендовали себя матрицы Дж. Равена (широко использовались в работах Т.В. Розановой) и подобные им наглядные задачи. Плодотворны попытки применения стандартизированных шкал, разработанных для исследования детей, имеющих нормальный слух (шкала Д. Векслера, школьный тест умственного развития, созданный под руководством К.М. Гуревича).

Если дети не владеют словесной речью или владеют ею недостаточно, применяется невербальная форма заданий, когда и ребенок и взрослый могут не пользоваться устной речью. Условия заданий вытекают из характера предъявленного материала или могут быть показаны с помощью естественных жестов.

Если ребенок владеет жестовой речью, то ее можно использовать для объяснения инструкции. К таким формам предъявления, или переводу,

широко обращаются американские психологи. При этом особую важность приобретает отработка согласованного взаимодействия между психологом и переводчиком.

При проведении обследования детей с нарушениями слуха Т.В. Розанова советует использовать предварительное аналогичное задание, относительно более легкое, но по существу такое же, как основное. Только после того как ребенок выполнит предварительное задание, можно переходить к основному. В более старшем возрасте возможно письменное предъявление инструкций.

При обследовании детей с нарушениями слуха необходимо использовать задания, направленные на изучение всех видов восприятия, предметных действий, конструирования, образной и словесной памяти, пространственных и временных представлений, всех видов мышления.

В школьном возрасте особую важность приобретает изучение навыков чтения, письма, счета и учет выявленных особенностей при разработке программы коррекционной работы.

Список литературы

Богданова Т.Г., Корнилова Т.В. Диагностика познавательной сферы ребенка. М., 1994.

Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М., 2002.

Головниц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: Учеб. Пособие для студ. Высш.учеб. заведений. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.

Исенина Е.И. Родителям о психическом развитии и поведении глухих детей первых лет жизни. М., 1999.

Назарова Л.П. Методика развития слухового восприятия у детей с нарушениями слуха: учебное пособие / под ред. В.И. Селиверстова. М., 2001.

Специальная педагогика / под ред. Н. М. Назаровой. М., 2000.

Специальная психология: учебник для студ. высш. учеб. заведений / [В.И. Лубовский, В.Г. Петрова, Т.В. Розанова и др.]; под ред. В.И. Лубовского. 6-е изд., испр. и доп. М., 2009.

1.2. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

1.2.1 Тифлопсихология как наука о закономерностях психического развития лиц с глубокими нарушениями зрения

Тифлопсихология (от *typhus* - слепой, *psyche* - душа, *logos* - наука) в буквальном переводе «наука о душе слепых». **Тифлопсихология** - это самостоятельная отрасль психологической науки. Как любая наука, тифлопсихология имеет свой предмет, объект, задачи и методы. Необходимо отметить, что на первых этапах развития тифлопсихологии предметом ее изучения является психика слепых. В настоящее время в тифлопсихологии изучают психические особенности слабовидящих и лиц с пониженным зрением. Таким образом, объектом современной тифлопсихологии являются лица с нарушениями зрения.

Роль зрения в жизнедеятельности человека и последствия его нарушений

Роль зрения в познании окружающего мира исключительно велика. Содержание человеческого сознания во многом состоит из того, что человек видел, слышал, осязал и т. д. Зрительный анализатор как источник непосредственного знания об окружающем мире занимает ведущее место среди других анализаторов, так как доставляет человеку самое большое количество богатых и тонко дифференцированных данных огромного диапазона. Для того чтобы понять, в какой мере страдает сфера чувственного отражения и, естественно, последующие уровни отражательной деятельности в результате полного или частичного нарушения зрения, рассмотрим, каковы функции зрения в психической деятельности.

Человеческий глаз, приспособившийся к рецепции световой энергии, выделяет отдельные предметы и пространственные отношения между ними по их освещенности. Зрительный анализатор обладает необыкновенно высокой чувствительностью. Зрительные рецепторы являются наиболее совершенными детекторами света. Для возникновения светового ощущения необходимо всего лишь несколько квантов, и если бы можно было создать идеальные условия для восприятия (абсолютно прозрачный воздух и др.), то человек мог бы видеть горящую свечу на расстоянии около 27000 м.

Зрение дает наиболее совершенное восприятие предметов. Зрительное восприятие опредмеченное и объективированное, именно поэтому оно имеет очень большое значение для познавательной деятельности. Немаловажным является и то обстоятельство, что поле зрительного восприятия практически неограниченно. Здесь же следует

отметить и ту важную роль, которую зрение играет практически во всех видах деятельности. С помощью зрения человек следит за правильностью выполняемых действий.

Зрительные ощущения и восприятие имеют большое значение не только для познания и практической деятельности, но и являются неисчерпаемыми источниками эстетических переживаний.

Совершенно очевидно, что частичная, а тем более полная потеря зрения влечет за собой серьезные и зачастую ничем не возместимые потери в области чувственного отражения. Невозможность или существенные ограничения получения зрительных стимулов вызывает отклонения в психическом развитии, которые, в современной психологической литературе обозначаются как депривационное поражение. Лангмейер Й., Матейчек З. определяют психическую депривацию как психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможность для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени. Авторы указывают, что такими потребностями являются перцептивная потребность, то есть потребность в определенном количестве и качестве внешних раздражителей (стимулов), потребность в социальных связях с родителями, сверстниками и т.д., обеспечивающих интеграцию личности, и, наконец, потребности в наличии условий для учения и последующей самореализации, овладении определенными общественными ролями.

Очевидно, что нарушения зрения влекут за собой не только сенсорную (зрительную) депривацию, но и депривацию эмоциональную (аффективную) и социальную. При этом следует также иметь в виду, что при врожденной или рано приобретенной слепоте дети оказываются лишенными не только зрительных стимулов, но и стимуляции других модальностей в связи с недостаточным развитием сохранных анализаторов, ограниченной мобильностью, бедностью социальных связей и отношений.

Количественные изменения наблюдаются главным образом в сфере чувственного познания: у слепых и слабовидящих значительно сокращаются или полностью выпадают зрительные ощущения и восприятие, соответственно уменьшается количество представлений, которые ограничивают возможности формирования образов воображения.

Качественные особенности психики лиц с дефектами зрения проявляются в различной степени почти во всех областях психической деятельности: изменяется система взаимодействия анализаторов, возникают определенные специфические особенности в процессе формирования образов, представлений, нарушается соотношение образного и понятийного в мыслительной деятельности, наблюдаются

отдельные изменения в мотивационно-потребностной и эмоционально-волевой сферах личности. В ряде случаев возможны психопатологические изменения личности. Все эти особенности будут подробно рассмотрены в последующих темах.

Полное или частичное нарушение функций зрения отражается на физическом развитии, что обусловлено сложностью пространственной ориентации и вызванным этим ограничением слепых в свободе передвижения. Малоподвижный образ жизни в свою очередь вызывает мышечную вялость, деформацию скелета, гипофункции внутренних органов и т.д. В целом у слепых и слабовидящих при отсутствии специальных занятий наблюдается соматическая ослабленность, нарушается осанка и походка, наблюдаются изменения в моторике - появляются навязчивые движения (например, давление на глазные яблоки покачивания головой, туловищем). Часто отмечаются нарушения нервной системы, особенно вегетативной. Перечисленные даже в самых общих чертах изменения в психическом и физическом развитии слепых и слабовидящих с достаточной убедительностью показывают необходимость специальной изучения их психики для более полного и быстрого преодоления и профилактики последствий дефектов зрения.

Предмет и объект тифлопсихологии

Предметом тифлопсихологии является психика лиц с глубокими нарушениями зрения. Сложность предмета тифлопсихологии заключается в том, что дефекты зрения в значительной степени видоизменяют взаимоотношения человека с окружающей средой, нарушают ход психического развития, маскируют и искажают проявления психических свойств, качеств и состояний. Перечисленные выше изменения в значительной степени зависят от характера заболевания и степени нарушения зрительных функций.

Объектом тифлопсихологии являются лица с нарушением зрения. В настоящее время принято классифицировать всех людей с нарушением зрения в зависимости от степени нарушения зрительных функций и времени возникновения нарушения зрения.

Основными зрительными функциями являются: светоощущение, центральное зрение, периферическое зрение, цветоощущение, бинокулярное зрение.

Светоощущение – это способность зрительного анализатора воспринимать свет и различные степени его яркости. Эта функция является наиболее ранней и основной функцией органа зрения. Все другие функции в той или иной степени основываются на ней. Человек, не имеющий светоощущения, является **тотально слепым**.

Центральное (форменное) зрение осуществляется наиболее высокодифференцированной областью сетчатки – центральной ямкой желтого пятна, где сосредоточены только колбочки. Центральное зрение измеряется **остротой зрения**. Под остротой зрения понимается способность глаза различать отдельно две точки в пространстве, находящиеся на определенном расстоянии от глаза. При исследовании остроты зрения определяется минимальный угол, под которым могут быть отдельно восприняты два световых раздражения сетчатой оболочки глаза. На основании многочисленных исследований и измерений установлено, что нормальный глаз человека может отдельно воспринять два раздражения под углом зрения в одну минуту. Нормальной остротой зрения считается 1,0. Острота центрального зрения является одним из главных показателей для дифференциации лиц с нарушениями зрения для установления групп инвалидности и определения специальных условий для обучения и воспитания детей с нарушениями зрения.

Цветовосприятие так же как и острота зрения, является функцией центрального зрения – желтого пятна. Нарушения цветовосприятия часто являются врожденными; они встречаются примерно у 8 % мужчин и у 0,5 % женщин. Нарушения цветовосприятия обнаруживаются при исследовании с помощью специальных таблиц, основанных на сочетании цветов.

Периферическое зрение осуществляется преимущественно палочковым аппаратом. Оно позволяет человеку хорошо ориентироваться в пространстве, воспринимать всякого рода движения. Периферическое зрение это еще и сумеречное зрение, т.к. палочки высоко чувствительны к пониженному освещению. Периферическое зрение определяется полем зрения. **Поле зрения** – это пространство, которое видит глаз при фиксированном его состоянии. При исследовании поля зрения определяют периферические границы и наличие дефектов в поле зрения. В норме поле бинокулярного зрения для белого цвета по горизонтали равно 180° , а по вертикали – 110° . Для красного, синего и зеленого цвета поле зрения постепенно сужается, еще большее его сужение наблюдается при предметном зрении. Обычно резким снижениям остроты зрения сопутствует нарушение поля зрения, однако и самостоятельные серьезные нарушения поля зрения ведут к слепоте и слабовидению. Например, лица с сужением поля зрения до 10° относятся к практически слепым (инвалиды I группы).

Бинокулярное зрение дает возможность стереоскопического зрения, возможность видеть окружающий мир в трех измерениях, определять расстояние между предметами, воспринимать глубину, телесность окружающего мира. Бинокулярность зрения часто нарушается при косоглазии.

Большое значение для развития психики имеет **время наступления** слепоты. Временной параметр настолько важен, что слепые дифференцируются по нему на две группы: **слепорожденные** и **ослепшие**. К первой группе относят лиц, потерявших зрение до становления речи, то есть приблизительно до трех лет, и не имеющих зрительных представлений, ко второй – ослепших в последующие периоды жизни и сохранивших в той или иной мере зрительные образы памяти. Совершенно очевидно, что, чем позже нарушаются функции зрения, тем меньшим оказывается влияние аномального фактора на развитие и проявление различных сторон психики. Но вместе с тем изменяются, ограничиваются в связи с возрастным снижением пластичности и динамичности центральной нервной системы возможности компенсаторного приспособления.

В 2007 году В.З. Денискиной была предложена следующая классификация детей с нарушением зрения, относящихся к объекту тифлопсихологии:

Слепые (незрячие) дети. По остроте зрения это дети с остротой зрения от 0 (0%) до 0,04 (4%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. В подкатегорию Слепые (незрячие) входят также дети с более высокой остротой зрения (вплоть до 1,0 т.е. 100%), у которых границы поля зрения сужены до 10^0 – 15^0 или до точки фиксации. Такие дети являются практически слепыми, так как в познавательной и ориентировочной деятельности они весьма ограниченно могут использовать зрение. Таким образом, острота зрения не является не единственным критерием слепоты.

Слабовидящие дети. К этой подкатегории относятся дети с остротой зрения от 0,05 (5%) до 0,4 (40%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками.

Дети с пониженным зрением или дети с пограничным зрением между слабовидением и нормой, то есть дети с остротой зрения от 0,5 (50%) до 0,8 (80%) на лучше видящем глазу с коррекцией.

Для организации психолого-педагогической и реабилитационной работы целесообразно более дифференцированно походить к классификации детей с нарушениями зрения:

У **слепых детей** наиболее резко выражена степень нарушения основных зрительных функций (остроты и поля зрения, световой чувствительности, цветоразличения, характера зрения). Глубокое снижение остроты зрения делает невозможным или весьма ограниченным зрительное восприятие. В тифлопедагогической практике обучения, воспитания, развития и (ре)абилитации слепых детей по степени нарушения остроты зрения целесообразно подразделять на следующие группы:

1) Тотально или абсолютно слепые. При абсолютной слепоте на оба глаза полностью отсутствуют зрительные ощущения.

2) Слепые дети со светоощущением, Эти дети видят только свет, то есть отличают свет от тьмы. При этом дети, у которых светоощущение с правильной проекцией, могут правильно показать направление света, а дети, у которых светоощущение с неправильной проекцией не могут указать, откуда падает свет.

3) Слепые дети, у которых имеется светоощущение и цветоощущение, то есть они отличают не только свет от тьмы, но и различают цвета.

4) Слепые дети, у которых имеются тысячные доли от нормальной остроты зрения (примерно от 0,005 до 0,009). При таком зрении в комфортных условиях человек видит движения руки перед лицом, на очень близком расстоянии может различать цвета, контуры, силуэты предметов. В медицинских картах такая острота зрения фиксируется как 0,005 или движения руки перед лицом.

5) Слепые с форменным (предметным) остаточным зрением. К этой группе относятся дети, острота зрения которых варьируется в пределах 0,01 – 0,04. В тифлолитературе ранее их называли частично видящими или частично зрячими (см., например, работы М.И. Земцовой, А.Г. Литвака, Л.И. Солнцевой). В настоящее время термин «слепые с остаточным зрением» получает все большее распространение в тифлологии применительно именно к рассматриваемой группе слепых детей, ибо более точно отражает их зрительные возможности. Несмотря на то, что у этих детей имеется форменное зрение, в познавательной и учебной деятельности (особенно связанной с письмом и чтением) ведущими для них являются осязательное и слуховое восприятие, а зрительное восприятие является вспомогательным способом ориентировки, контроля своих действий и получения информации.

По степени зрительных нарушений **слабовидящих детей** также целесообразно делить на группы:

1) Слабовидящие дети с остротой зрения в пределах от 0,05 до 0,09 с коррекцией очками на лучше видящем глазу. У слабовидящих детей первой группы, как правило, отмечаются сложные нарушения зрительных функций. Наряду со снижением остроты зрения у них сужено поле зрения, нарушено пространственное зрение. Все это затрудняет зрительное восприятие окружающего мира, в том числе и учебного материала. Они нуждаются в соблюдении регламентированной зрительной нагрузки, а также в мероприятиях по охране и рациональному использованию неполноценного зрения. При обучении этих детей необходимо использовать систему специальных технических и оптических средств (различные лупы, бинокли, монокли и др.) и опираться на возможности сохранных анализаторов с целью коррекции и компенсации нарушенных и

недоразвитых зрительных функций. Зрение этой группы детей недостаточно устойчиво. При неблагоприятных условиях оно ухудшается. В учебном и коррекционно-воспитательном процессах эти дети требуют повышенного внимания педагогов. Их надо сажать за первые парты, следить за тем, чтобы освещение было комфортным, наглядный материал выполнен в контрастной цветовой гамме и, по возможности, в индивидуальном пользовании. Среди детей этой группы многих необходимо параллельно обучать системе Брайля. По крайней мере тех детей, у которых болезни глаз относятся к прогрессирующим, то есть приводящим к слепоте.

2) Слабовидящие дети с остротой зрения от 0,1 до 0,2 с коррекцией очками на лучше видящем глазу. Слабовидящие дети второй группы по состоянию своего зрения, как и дети первой группы, относятся к инвалидам, хотя острота зрения у них выше. Именно поэтому во многих литературных источниках по тифлологии зрение до 0,2 обозначается как «медицинское слабовидение». В целом, учиться с использованием плоскостного способа письма и чтения им легче, чем детям первой группы. Однако и среди них есть дети (это связано с состоянием зрительных функций), которые нуждаются в повышенном внимании педагогов. Например, если у ребенка имеется сочетание таких клинических форм зрительной патологии, как дальнозоркость высокой степени, частичная атрофия зрительного нерва с концентрическим сужением поля зрения и при этом он страдает светобоязнью, то многие виды учебной и бытовой деятельности, связанной с использованием зрения, вызывают у него очень большие проблемы. Так, при чтении и письме по причине нарушения периферического зрения он нуждается в хорошем освещении, но в таком, которое освещало бы только рабочую поверхность, но ни в коем случае не светило в глаза. Кроме того, для работы вблизи такому ребенку нужны очки для близи, а для передвижения и списывания с доски – очки для дали.

3) Слабовидящие дети с остротой зрения от 0,3 до 0,4 с коррекцией очками на лучше видящем глазу. Слабовидящие дети третьей группы инвалидами не признаются, хотя для их успешного обучения, воспитания и развития также необходимо соблюдать определенные офтальмо-гигиенические рекомендации и требования, применять специальные технические средства и методики. Именно поэтому эти дети направляются в специальные учреждения для слабовидящих. Эта верхняя граница слабовидения соответствует международным нормам признания детской инвалидности. Поэтому, несмотря на то, что границы инвалидности по зрению в России ниже, чем на Западе, тем не менее, в соответствии с нормативными документами государством признавалась и признается необходимость специальной педагогической, психологической и медицинской поддержки этой группы детей.

Кроме того, при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях, а также при наличии астенопических явлений, возникающих при чтении и письме на близком расстоянии, в школы слабовидящих принимаются дети и с более высокой остротой зрения, чем 0,4. Это вызвано необходимостью психолого-педагогической поддержки детей с нарушением зрения. Заметим, что дети этой подкатегории могут получить поддержку и в классах охраны зрения, сеть которых все более расширяется и функционирует при массовых школах.

Дети с пониженным зрением. Нарушения зрения этих детей часто носят функциональный характер.

Большую часть детей с функциональными нарушениями зрения составляют дети с **амблиопией и косоглазием**. Под **амблиопией** понимают различные по происхождению формы понижения остроты зрения, причиной которых являются функциональные расстройства зрительного аппарата.

В зависимости от степени понижения остроты зрения различают: амблиопию слабой степени (острота зрения 0,4 – 0,8); амблиопию средней степени (острота зрения 0,3 – 0,2); амблиопию высокой степени (острота зрения 0,1 – 0,05); амблиопию очень высокой степени (острота зрения 0,04 и ниже).

Термин «**косоглазие**» объединяет различные по происхождению и локализации поражения зрительной и глазодвигательной систем, вызывающие периодическое или постоянное отклонение глазного яблока. Амблиопия и косоглазие, обуславливая снижения остроты зрения и других зрительных функций, неизбежно становятся причиной возникновения зрительной депривации (недостаточного удовлетворения зрительной потребности).

У подавляющего большинства детей с амблиопией и косоглазием зрение поддается восстановлению за счет специально организованного лечения в условиях специального коррекционного образовательного учреждения либо в кабинете охраны зрения при поликлинике. Специалисты этих учреждений призваны заниматься не только лечебной работой, направленной на восстановление зрения детей, но и корректировать (предупреждать и преодолевать) вторичные отклонения в их развитии, возникающие вследствие зрительной патологии.

Причин нарушения зрения у детей очень много. Среди них имеются врожденные заболевания (в том числе наследственные) и приобретенные. Наиболее распространенными формами патологии органа зрения являются патологии зрительного нерва, сетчатки, врожденные патологии развития органа зрения, патологии хрусталика, аномалии рефракции, врожденная глаукома.

У слепых и слабовидящих детей преобладающей причиной возникновения нарушений зрения является врожденная патология глаз,

недоразвитие зрительной системы на фоне общего соматического ослабления здоровья. Причиной врожденной патологии глаз может быть наследственный фактор, обуславливающий появление катаракты, глаукомы, патологии сетчатки, атрофии зрительного нерва, близорукости и др.; иногда факторов, обуславливающих снижение зрения может, быть несколько. Причинами врожденных заболеваний и аномалий развития органа зрения могут быть изменения внешней и внутренней среды: различные заболевания матери во время беременности: грипп, другие вирусные заболевания, обострение хронических болезней. Определенное место среди причин глубокого нарушения зрения занимают алкогольные, никотиновые интоксикации, авитаминозы. Среди детей с нарушением зрения следует выделить группу недоношенных детей с ретинопатией, при которой чаще всего наступает тотальная слепота.

Одной из распространенных причин снижения зрения являются аномалии рефракции: дальнозоркость, близорукость, астигматизм, косоглазие. Косоглазие и возникающая на его фоне амблиопия, являются часто встречающимися заболеваниями. Своевременное выявление и лечение косоглазия позволяет сохранить, восстановить и улучшить зрение у детей еще в период раннего и дошкольного возраста.

Успешное функционирование и развитие зрения ребенка происходит в зависимости от общего уровня физического развития и соматического здоровья ребенка. Внешние факторы, способствующие совершенствованию зрительной системы: гигиенические условия жизнедеятельности, полноценное питание, режим дня, обеспечивающий смену занятий и отдыха, достаточное пребывание на свежем воздухе и т.п.

Знание возможностей зрительного анализатора при том или ином заболевании, а также особенностей течения конкретной патологии органа зрения (относительно стабильное состояние, возможно улучшение или, напротив, неминуемое прогрессирующее ухудшение зрения) во многом определяют не только методику, но и стратегию (ре)абилитационных мероприятий.

Исходя из принципа взаимодействия двух основополагающих факторов развития личности – биологического и социального, при подходе к изучению своеобразия детей с нарушением зрения, следует выделить зрительный дефект как биологическое неблагополучие ребенка. Недостаточность зрения как биологическое неблагополучие предопределяет процесс взаимодействия ребенка с социальной средой. Если же среда, окружающая ребенка с нарушением зрения не организовывается сообразно его возможностям, то у ребенка возникают трудности общения с окружающим миром и людьми. При резком снижении зрения или его отсутствии возникают ограничения в знакомстве с окружающим миром, ориентировке в пространстве и окружающей среде, трудности передвижения, общения и обучения.

Таким образом, нарушение зрения обуславливает весь ход психофизического развития детей с нарушением зрения.

Из сказанного видно, насколько сложен объект тифлопсихологии, поэтому подлинно научное, объективное изучение психики слепых и слабовидящих возможно лишь при подходе, учитывающем всю совокупность факторов, влияющих на психическую жизнь человека.

Задачи тифлопсихологии

Предмет тифлопсихологии достаточно четко определяет ее основную задачу – изучение психики слепых и слабовидящих в ходе накопления фактического материала, установление закономерностей ее развития и проявлений, механизмов психической деятельности при дефектах зрения. Указанные задачи должны решаться в следующих аспектах:

а) раскрытие основных закономерностей развития и проявлений психики, присущих как нормально видящим, так и лицам с дефектами зрения;

б) раскрытие специфических закономерностей психических явлений, свойственных только лицам с нарушениями зрения;

в) установление зависимости развития и проявлений психики от степени и характера патологии зрения и времени возникновения дефекта;

г) выявление особенностей, характерных для аномального развития в целом.

Решение этих основных проблем осуществляется в ходе изучения ряда стоящих перед тифлопсихологией частных теоретических и практических вопросов. К ним относятся такие задачи, как, например, выяснение зависимости отдельных психических процессов и особенностей их протекания от функционального состояния зрительного анализатора, определение роли сохранных анализаторов в психической деятельности слепых и слабовидящих, нахождение оптимальных условий для познавательной и трудовой деятельности при сужении сенсорной сферы, изучение влияния слепоты на формирование отдельных свойств личности и межличностные отношения, исследование групп и коллективов в специальных учреждениях для лиц с дефектами зрения и т.д. Разумеется, перечисленные вопросы отражают только незначительную часть актуальных проблем, которые призвана решать тифлопсихология. Но даже это перечисление показывает, какое важное значение имеет накопление и теоретическое осмысление тифлопсихологических знаний не только для создания научной системы, но и для практики обучения и воспитания слепых и слабовидящих, проведения с ними абилитационной и реабилитационной работы на самых различных уровнях (дошкольные учреждения, школы, учебно-производственные предприятия).

Одновременно следует отметить, что, несмотря на явный прогресс в области тифлопсихологических исследований, круг нерешенных вопросов еще настолько широк, что и по сей день еще имеет место некоторое отставание тифлопсихологии от требований, предъявляемых ей жизнью. Только сокращение разрыва между теорией и практикой воспитания и обучения подводит программировать процессы психического развития аномальных детей.

Одной из важнейших задач, которые решает тифлопсихология, является теоретическое обоснование педагогических воздействии, то есть методов и средств обучения и воспитания детей с аномалиями зрительного анализатора. В связи с наличием огромных различий слепых и слабовидящих по остроте зрения, состоянию поля зрения, уровню цвето- и свето-различения, а также по характеру дефекта и времени его появления, в настоящее время на первый план выдвинута задача изучения соотношения аномальных, индивидуально-типологических и возрастных особенностей, различно проявляющихся и различно влияющих на развитие и протекание отдельных психических функций.

Стоящие перед тифлопсихологией задачи определяют ее значение для воспитания и обучения слепых и слабовидящих, реабилитационной работы с ними. Они же определяют и связь тифлопсихологии с другими науками, в первую очередь с тифлопедагогикой и специальными методиками преподавания. Связь этих наук неразрывна и взаимообусловлена: с одной стороны, тифлопсихология призвана дать психологическое обоснование методов обучения и воспитания слепых и слабовидящих, реабилитационной работы с ними, а с другой стороны, подлинно научная тифлопедагогика может совершенствовать свои дидактические принципы и методические приемы только исходя из групповых (обусловленных аномальными факторами), возрастных и индивидуальных особенностей слепых и слабовидящих, изучаемых тифлопсихологией. Нужно подчеркнуть, что, для того чтобы эта связь была действительна, тифлопсихологические исследования должны опережать исследования в тифлопедагогике и тем самым оказывать эффективное влияние на практику обучения и воспитания слепых и слабовидящих.

Изучая возрастные и индивидуальные особенности слепых и слабовидящих и специфику развития и проявлений их психики в зависимости от состояния зрительного анализатора, характера заболевания, времени возникновения дефекта и т.д., тифлопсихология становится тем самым одной из наук, знание которых жизненно необходимо учителю и воспитателю, тифлопедагогу дошкольного учреждения, реабилитологу. Только овладев обще- и тифлопсихологическими знаниями, дефектолог может активно и творчески включиться в процесс обучения и воспитания детей с дефектами зрения и

добиться плодотворных результатов в деле формирования полноценной личности слепого или слабовидящего.

Существенное значение имеет тифлопсихология и для тифлотехники, так как, только опираясь на знание психических особенностей лиц с дефектами зрения (порогов чувствительности, свойств восприятия, скорости реакций и т.п.), можно создавать приборы, при помощи которых для инвалидов по зрению открываются новые каналы поступления информации из окружающего мира.

Очевидно, что основная задача тифлопсихологии – изучение психики слепых и слабовидящих, раскрытие ее закономерностей – может быть успешно решена только при опоре на достижения общей, возрастной и педагогической психологии, которые должны служить отправным пунктом для тифлопсихологических исследований. Ряд закономерностей, раскрытых в общей психологии, находит свое подтверждение в развитии и проявлениях психики слепых и слабовидящих. Так, свойства восприятия, условия продуктивного запоминания, закономерности формирования представлений, основных устойчивых свойств личности и т.д. являются общими как для нормально видящих, так и для лиц с нарушенными функциями зрения. Разумеется, применение общепсихологических положений в тифлопсихологии в каждом отдельном случае требует их экспериментальной проверки с целью выявления общих тенденций и специфики проявления. Использование знаний, накопленных в общей психологии и ряде ее отраслей, способствует, таким образом, ускоренному развитию тифлопсихологии.

Не следует думать, что тифлопсихология только использует теорию и факты общей психологии, ничего не давая ей взамен. Необходимо также отметить и значение тифлопсихологии для общей психологии. Тифлопсихология предоставляет возможность естественного и лабораторного экспериментального изучения психики человека в условиях полного или частичного нарушения деятельности зрительного анализатора, так как этот, по выражению И.П. Павлова, «жестокый эксперимент природы» позволяет более глубоко проникнуть в сущность не только патологических, но и нормальных проявлений психики. На это же указывал и Л.С. Выготский: «Отклонение от нормального типа, патологическое изменение процессов развития представляет... как бы специально оборудованный природный эксперимент, обнаруживающий и раскрывающий перед нами часто с потрясающей силой истинную природу и строение интересующего нас процесса».

Психология слепых и слабовидящих, так же как и общая психология, тесно связана с рядом социальных и естественных наук, и, прежде всего с философией и социологией.

Особо важное значение для тифлопсихологии имеет связь с некоторыми отраслями медицины, в первую очередь с анатомией,

физиологией, патологией органов зрения, а также физиологией и патологией высшей нервной деятельности.

Таким образом, тифлопсихология, оставаясь самостоятельной отраслью психологической науки, имеет широко разветвленные связи с рядом общественных и естественных наук, что является существенным фактором ее развития.

Фундаментальной основой перечисленных междисциплинарных связей является общность объекта изучения, которым является человек и его деятельность во всем многообразии ее проявлений, детерминированная социальными, физиологическими, психологическими и многими другими факторами.

Методы тифлопсихологии

Предмет тифлопсихологии и стоящие перед ней задачи полностью определяют пути, по которым должно идти психологическое изучение лиц с нарушениями зрения.

Поскольку тифлопсихология видит свою основную задачу в изучении закономерностей развития и проявлений психики слепых и слабовидящих, постольку она берет на вооружение основные методы общей психологии. Так же как и ученые, занимающиеся общей психологией, тифлопсихологи пользуются методами естественного и лабораторного эксперимента, внешним наблюдением, психологическим анализом продуктов деятельности, анкетированием, интервьюированием и другими, а также конкретными методиками, определяемыми объектом и задачами исследования. Однако отдельные методики, используемые в общепсихологических исследованиях и применяемые тифлопсихологами, требуют в ряде случаев более или менее существенной модификации в связи с различной степенью тяжести дефекта у изучаемых лиц и спецификой стоящих перед исследователем задач. Например, для исследования зрительных ощущений и восприятия для лиц с дефектами зрения увеличивают угловые размеры тест-объектов, их контрастность и освещенность, при использовании условно рефлекторных методик заменяют световые раздражители звуковыми или механическими, создают специальные методики для изучения таких феноменов, как ощущение препятствия, кожно-оптическая чувствительность и т.п.

Необходимость модификации существующих и создания новых методик обусловлена тем, что применение отдельных методов в тифлопсихологии наталкивается на определенные трудности, обусловленные спецификой контингента. Например, использование анкет осложняется невозможностью сохранения анонимности для лиц, не владеющих рельефно-точечным письмом, громоздкостью анкет в брайлевском варианте; интервью со взрослыми слепыми – их недостаточной коммуникабельностью и часто встречающимися неадекватными установками (избегание зрячих); анализ продуктов

изобразительной деятельности затрудняется сложностью их соотнесения с уровнями умений и особенностями восприятия,

Проведение психологического обследования детей с нарушением зрения требует специальных методик, которых к настоящему времени разработано недостаточно. Адаптация существующих методик связана, с одной стороны, с учетом специфики жизненного опыта ребенка, формирующегося в условиях дефицита сенсорной информации, а с другой стороны, с обеспечением возможности адекватного восприятия стимульного материала ребенком а процессе обследования. В современной тифлопсихологии сформулированы основные требования к организации обследования ребенка с нарушениями зрения (Л.И. Солнцева):

Для слепых детей:

1. Выполнение заданий на основе осязания.
2. Смена видов деятельности в процессе обследования.
3. Увеличение времени для выполнения задания.

Для слабовидящих детей:

1. Соответствующая освещенность (общая освещенность помещения 1000 лк, на рабочем столе ребенка 400 - 500 лк).
2. Ограничение непрерывной зрительной нагрузки (5 - 10 минут в младшем и среднем дошкольном возрасте, 15 - 20 минут в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте), режим зрительной нагрузки подбирается индивидуально офтальмологом в соответствии с диагнозом и характером заболевания ребенка.
3. Смена видов деятельности в процессе обследования.
4. Увеличение времени для выполнения задания.

Особые требования предъявляются к наглядному материалу: в зависимости от состояния зрительных функций необходимо увеличивать размеры изображений, контрастность изображений 60 – 100%, пропорциональность изображений по величине реальным предметам, соответствие изображений реальному цвету предметов, высокий цветовой контраст 80 – 95%, четкое выделение ближнего, среднего и дальнего планов в изображении, а также нанесение повышенной контрастности и рельефности контуров при необходимости.

Расстояние от глаз ребенка до стимульного материала 30 – 33 см, для слепых с остаточным зрением – индивидуально.

В цветовой гамме изображений желательно использование желто-красно-оранжевых и зеленых тонов. Насыщенность цвета 0,8 – 1,0.

При соблюдении этих требований возможно получение достоверной информации об уровне развития ребенка с нарушениями зрения, определение перспектив его обучения и реализации реабилитационных мероприятий.

1.2.2. Компенсация зрительной недостаточности

Понятие о дефекте и его структуре

Дефект – это физический или психический недостаток, влекущий за собой отклонения от нормального развития.

Но своему происхождению дефекты делятся на врожденные и приобретенные. Причины возникновения дефектов, вызывающих аномальное развитие, очень разнообразны.

Врожденные дефекты могут быть обусловлены неблагоприятными генетическими факторами, хромосомной патологией (наследственные дефекты), различными отрицательными воздействиями на плод и период внутриутробного развития и в момент рождения (интоксикация плода, предродовые и родовые травмы, нарушение питания плода и др.).

Приобретенные дефекты могут быть следствием перенесенных в постнатальный период интоксикаций, травм и главным образом инфекционных заболеваний (менингит, энцефалит, грипп, туберкулез и др.). Аномалии зрения (слепота и слабовидение) могут быть вызваны заболеваниями глаз, то есть возникать самостоятельно.

Врожденные и приобретенные дефекты зрения (заболевания прозрачных и преломляющих сред, сетчатки, зрительного нерва, поражения зрительных зон мозга и т.д.) относятся к первичным соматическим дефектам. Эти аномалии в свою очередь вызывают вторичные функциональные отклонения (снижение остроты зрения, сужение или выпадение частей поля зрения, нарушение свето- и цветоощущения), которые оказывают отрицательное влияние на развитие ряда психических процессов (ощущения, восприятия, представления и т.д.). Таким образом, вторичные дефекты представляют собой цепь отклонений, в которой один функциональный дефект (например, снижение остроты зрения) влечет за собой другой (отклонения в процессе восприятия). Отсюда следует, что между соматическим дефектом и аномалиями в развитии психики имеются сложные структурные и функциональные связи: отклонения не только образуют длинные цепи последовательно возникающих психических дефектов, но и взаимодействуют между собой.

Впервые сущность дефекта и обусловленное им аномальное развитие были проанализированы Л.С. Выготским. Он раскрыл структуру дефекта, соотношение первичных и вторичных дефектов, неоднозначность влияния разных соматических дефектов на развитие различных структурных компонентов психики аномальных детей.

Одновременно Л.С. Выготским было выдвинуто положение, согласно которому задачей специальной педагогики является компенсация вторичных дефектов, причем главным образом доразвитие высших психических функций, поскольку с его точки зрения компенсация в

области элементарных функций возможна только устранении соматического дефекта. Такой взгляд на структуру дефекта и область, в которой возможно педагогическое вмешательство закрепился в дефектологии и повлек за собой неоправданное противопоставление первичного и вторичного дефектов и ограничение функций педагога и психолога компенсацией последних. Несомненно, что компенсация первичного дефекта достигается, прежде всего, благодаря медицинскому вмешательству (медикаментозное, хирургическое и другие воздействия). Однако противопоставление первичного и вторичного дефектов и ориентация педагога и психолога на преодоление последних себя не оправдывают. Современные исследования психологов, физиологов и офтальмологов свидетельствуют о том, что в условиях специального обучения в той или иной мере компенсируются почти все нарушенные функции, причем компенсация недостаточности психических функций (например, развитие восприятия) в ряде случаев влечет за собой физиологическую компенсацию (например, улучшение зрительных функций). Такого рода случаи есть проявление закона единства структуры и функции, согласно которому структура определяет функции (например, анатомическое строение человеческой руки дает возможность совершать определенные действия, недоступные обезьяне из-за иного анатомического строения верхних конечностей). Но, кроме этого, согласно данному закону функции а свою очередь оказывают влияние на структуру (например, гиподинамия, малоподвижность вызывает дегенеративные структурные изменения мышц, их атрофию, и, наоборот, активизация функций ведет к совершенствованию соответствующей структуры). Отсюда следует, что задачей коррекционно-компенсаторных мероприятий является воздействие на весь комплекс вторичных отклонений и на вызвавший их соматический дефект.

Понятие о компенсации в тифлопсихологии.

Любой дефект, то есть физический или психический недостаток, следствием которого является нарушение нормального развития, с неизбежностью приводит к автоматическому включению биологических компенсаторных функций организма. В этом смысле компенсацию можно определить как универсальную способность организма в той или иной мере возмещать нарушения или утрату определенных функций.

Но компенсаторное приспособление при наличии таких тяжелых дефектов, как слепота или слабовидение, не может быть достаточно полным, восстанавливающим нормальную жизнедеятельность человека без вмешательства извне. Компенсация слепоты и слабовидения – явление биосоциальное, синтез действия биологических и социальных факторов.

История развития теории компенсации тесно связана с философскими идеями о сущности человека, а также с естественнонаучными исследованиями возможностей организма и закономерностей его функционирования. Большое значение также имеет успешная практика обучения детей с нарушением зрения и достижения слепых и слабовидящих в различных видах деятельности.

А.Г. Литвак выделяет четыре основных этапа, которые прошла теория компенсации в тифлопсихологии:

1. Компенсация как проявления духовных сил.
2. Компенсация как результат «автоматического изощрения» сохранных анализаторов.
3. Социологизаторский подход к компенсации.
4. Диалектико-материалистический детерминизм в рассмотрении компенсации.

В основе всех теорий, развивающихся на разных этапах развития понимания компенсации, выявилось по существу два направления истолкования компенсации – опора человека с недостатками развития на деятельность сохранившихся анализаторов и использование высших психических функций. В исследованиях первого направления, так же как и теории «сверхкомпенсации», компенсация связывалась с вынужденной большей механической тренировкой и упражняемостью органов чувств или с передачей им излишней энергии, не истраченной в процессе бездействия нарушенного зрительного анализатора. В этих теориях отразился тот исключительной важности факт, что без умения слепого ребенка на основе использования сохранившейся анализаторной сенсорной системы создавать правильное отображение внешнего мира, невозможна никакая компенсация, без этого умения он оказывается беспомощным и бесполезным членом общества.

Авторы второго направления теорий компенсаций связывали ее успешность с использованием памяти, мышления, произвольного внимания, воли, как недетерминированных субстанций, так и материалистически понимаемых психических образований в компенсации недостатков развития. Но и то, и другое направления были связаны с абсолютизацией одного, хотя и верного, положения, что ведёт к неадекватному отражению сущности компенсаторных процессов.

Материалистический взгляд на компенсацию был впервые сформулирован в 1934 г. Н.А. Вигдорчиком в работе «Компенсаторное профессиональное приспособление». В этой книге говорится о том, что компенсация зависит от: 1) конституционных особенностей человека (фенотипа); 2) возраста индивида (чем раньше начинается компенсаторное приспособление, тем успешнее оно протекает); 3) волевой установки (сознательной целенаправленности на компенсацию); 4) характера

дефекта, подлежащего компенсации; 5) побочных дефектов; 6) факторов внешней среды, социальных условий.

Проблема компенсации дефектов зрения и обусловленных ими отклонений в психическом развитии является ключевой для психологии слепых и слабовидящих. Данное положение вытекает из основных задач тифлопсихологии: установление основных закономерностей развития психики при сужении сенсорной сферы и теоретическое обоснование целесообразности использования тех или иных путей для формирования полноценной личности.

В результате многолетних исследований компенсаторного приспособления слепых и слабовидящих в тифлопсихологии сложился взгляд на компенсацию как на процесс восстановления или замещения нарушенных или утраченных функций. Такое и многие ему подобные определения являются достаточно емкими и охватывают различные формы и уровни компенсаторного приспособления – от безусловно рефлекторного, сугубо биологического процесса, заключающегося в приспособительном возмещении организмом различных функциональных и структурных дефектов, возникающих как следствие зрительных заболеваний, до сложнейших форм социальной адаптации лиц с отклонениями в психическом развитии.

Компенсацию дефектов зрения и их последствий в самом широком значении, исходя из задачи всестороннего развития личности слепых и слабовидящих, стоящей перед специальной школой, следует рассматривать как возмещение, преодоление тех отклонений в психическом развитии, которые обуславливаются патологией зрения, как процесс перестройки психики и адаптации (у поздно ослепших – реадаптации) к новым условиям жизни.

Выше отмечалось, что дефект неоднозначно влияет на отдельные структурные компоненты личности. Существуют такие личностные свойства (например, мировоззрение, моральные черты характера и др.), на формирование которых слепота, слабовидение и связанные, с ними вторичные отклонения не могут оказать никакого влияния. Дефект зрения лишь провоцирует появление неблагоприятных условий, при которых могут формироваться негативные и даже патологические черты характера (эгоизм, эгоцентризм, негативизм и т.д.).

На современном этапе развития тифлопсихологии перед дефектологами стоит задача коррекции, компенсации и профилактики вторичных нарушений.

Последней, то есть профилактике, в современной дефектологии должен быть дан приоритет не только потому, что появилась реальная возможность реабилитационной работы по предупреждению вторичных отклонений, но прежде всего потому, что есть все основания предполагать – широкое распространение среди инвалидов по зрению неврозоподобных

состояний, неврозов, различных нервно-психических нарушений в известной мере связано с перестройкой высшей нервной деятельности, происходящей в ходе коррекционной работы. Дело в том, что в процессе спонтанного приспособления слепых и слабовидящих к дефекту формируются псевдокомпенсаторные приспособления, прочные поведенческие стереотипы, которые подлежат переделке в ходе коррекционной работы. В то же время хорошо известно, что в основе неврозов лежит ломка динамических стереотипов. Избежать этого можно только путем раннего вмешательства в процессы адаптации слепых и слабовидящих (врожденный или рано приобретенный дефект) и восстановления гомеостаза (равновесия индивида с окружающей средой), то есть реадаптации лиц, полностью или частично потерявших зрение в зрелом возрасте.

Практика воспитания и обучения детей с нарушениями развития свидетельствует о том, что раннее педагогическое вмешательство позволяет в значительной мере нейтрализовать отрицательное влияние первичного дефекта и, следовательно, облегчить и ускорить процесс компенсаторного приспособления.

То же самое следует сказать о результатах реабилитационной работы с взрослыми инвалидами по зрению, начинающейся непосредственно вслед за появлением дефекта.

Рассматривая компенсацию как приспособление к новым условиям существования, при которых отсутствуют или ограничены возможности визуально воспринимать окружающий мир, как процесс замещения нарушенных или утраченных функций после необратимых анатомических изменений, следует иметь в виду случаи так называемой псевдокомпенсации, заключающейся в приспособлении к дефекту. Практически это проявляется в том, что, например, частично зрячие продолжают пользоваться в процессе познавательной, трудовой и ориентировочной деятельности дефектным зрением, не пытаясь компенсировать его недостатки путем использования сохранных органов чувств. Здесь мы сталкиваемся не только с отсутствием осознаваемой перестройки, но и с противодействием обычно имеющему место «стихийному» приспособлению. Есть основания предполагать, что такое противодействие обусловлено как физиологически – прочностью ранее, до слепоты, сложившегося динамического стереотипа, врожденным стремлением вести себя как существо оптическое, так и психологически – желанием внешне, поведенчески не отличаться от нормально видящих.

С понятием компенсации тесно связано понятие декомпенсации, т.е. утраты достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенных воздействий. Существует также близкое по содержанию понятие – псевдокомпенсация. В этом понятии фиксируется устойчивая тенденция личности неадекватно использовать защитные механизмы, не

позволяющие человеку найти продуктивный выход из сложившейся ситуации.

Понятие «гиперкомпенсации» ввел А. Адлер. В этом понятии отражаются немногочисленные случаи, когда лица с серьезными недостатками в физическом и психическом развитии оказывались способными достичь высоких результатов в самых разных областях человеческой деятельности, не доступных большинству обычных людей. В своих работах А. Адлер приводит примеры гиперкомпенсации, указывая на то, что механизм ее реализации связан с естественным для человека чувством «малоценности», с одной стороны, и выраженным стремлением к превосходству – с другой. Чувство малоценности с особой остротой переживается детьми с тяжелыми нарушениями, оно создает особое напряжение, которое может как блокировать развитие, так и включать дополнительные силы для развития. Сам Адлер неоднократно подчеркивал, что случаи гиперкомпенсации не столь многочисленны. Но, будучи даже единичными, они ценны для науки, ибо с необыкновенной яркостью демонстрируют скрытые возможности человеческого организма, человеческой личности противостоять самым неблагоприятным условиям своего существования, развиваться вопреки им.

Физиологические основы и механизмы компенсации

В основе сложного механизма компенсации лежит перестройка функций организма, регулируемая центральной нервной системой. Эта перестройка заключается в восстановлении или замещении нарушенных или утраченных функций независимо от того, какая часть организма повреждена. Потеря зрения или нарушения деятельности зрительного анализатора приводит к сложной перестройке взаимодействия сохранных анализаторов. Все эти перестройки осуществляются автоматически.

Чем тяжелее дефект, тем большее количество систем организма включается в процесс компенсации. Наиболее сложные функциональные перестройки наблюдаются при нарушениях центральной нервной системы, в том числе и анализатора. Таким образом, степень сложности механизмов компенсаторных явлений находится в зависимости от тяжести дефекта.

Автоматизм включения компенсаторных функций не определяет сразу механизмы компенсации; так, при сложных нарушениях деятельности организма они формируются постепенно. Постепенность развития компенсаторных процессов проявляется в том, что они имеют определенные стадии становления, которые характеризуются особым составом и структурой динамических систем нервных связей и своеобразием протекания процессов возбуждения и торможения.

Материальным субстратом компенсаторных перестроек является центральная нервная система. Формирование механизмов компенсации

подчинено законам высшей нервной деятельности. Современная теория компенсации рассматривает компенсаторные явления в свете рефлекторной теории И.П. Павлова. Эта теория, базирующаяся на трех основных принципах: причинность (детерминизм), единство анализа и синтеза и структурность, является естественнонаучной основой тифлопсихологии.

Как и при любом другом нарушении анализаторной деятельности, тотальная или парциальная (частичная) слепота ведет к серьезной перестройке внутрицентральных взаимоотношений, поскольку при глубоких нарушениях зрения нарушается равновесие организма и среды, резко изменяются условия жизнедеятельности. Изменение условий, прежде всего оказывающих влияние на высшую нервную деятельность, заключается в сокращении поступающих в кору мозга зрительных и проприоцептивных импульсов, обусловленных дефектами зрения и снижением двигательной активности. Сокращение количества и редуцированность поступающих извне импульсов отрицательно сказываются на тоне коры, от которого зависит психическая деятельность индивида, характер его ответных реакции. Однако снижение тона коры при слепоте имеет место далеко не всегда. Это объясняется более или менее эффективной перестройкой внутрицентральных координационных отношений, а также совершенствованием сохранных функциональных систем, обеспечивающих компенсаторный эффект. Иначе говоря, тонус коры поддерживается за счет сигналов с сохранных анализаторов, поступающих в большом количестве нежели в норме, и повышенной возбудимостью подкорки, «заряжающей» кору и проявляющейся в повышенной вегетативной реактивности слепых.

Активация новых корковых центров приводит к образованию новых временных нервных связей и подавлению старых, и, в конечном итоге, к возникновению нового динамического стереотипа.

Работы физиологов, в которых раскрываются принципы и механизмы компенсаторного приспособления, сыграли большую роль в построении тифлопсихологической теории компенсации, явились основой для ее успешного развития.

Этапы и уровни компенсации зрительной недостаточности

Исследования процессов компенсации М.И. Земцовой показали, что системный характер становления психики требует системного подхода к изучению такого сложного процесса как компенсация дефекта у аномальных детей. Система компенсации складывается из целого ряда психических процессов и психических образований, появляющихся при возникновении дефекта и характеризующихся разной степенью сформированности в зависимости от времени наступления дефекта, его

глубины, степени, и от негативного влияния дефекта на другие психические функции, от условий развития и наличия квалифицированной помощи детям со зрительными нарушениями. «Сущность формирования процессов компенсации у человека заключается не столько в биологической приспособленности организма, сколько в формировании способов действия и усвоения социального опыта в условиях целенаправленной деятельности. Формирование способов усвоения у человека базируется на использовании высших форм психической деятельности, а не элементарных функций. Ведущую роль в процессах компенсации у человека играет сознание, обусловленное социальным отношением. Однако М.И. Земцова отмечает, что это относится, в первую очередь, ко взрослым, а процессы компенсации у детей происходят иначе, чем у взрослых, поскольку в детском возрасте многие функции центральной нервной системы находятся в состоянии формирования, образуют функциональные системы, развиваются новые способы действия и способы усвоения социального опыта, формируются способности и личность ребенка в целом. Огромные возможности компенсации у ребенка основываются на сохранных, нормально функционирующих корковых замыкательных механизмах, с помощью которых при опоре на зрительный, кожный, слуховой, двигательный и другие сохранные анализаторы образуются сложные слухо-двигательно-тактильные функциональные системы связей. «Эти системы – говорит М.И. Земцова, являются физиологической основой развития высших форм познавательной деятельности: анализирующего наблюдения, мышления, речи, воссоздающего воображения, логической памяти, произвольного внимания, которые играют основную роль в процессах компенсации».

Сложившиеся механизмы компенсации рассматривались М.И. Земцовой в аспекте постоянного изменения, в развитии. Она показывает огромное влияние обучения на изменение механизмов компенсации на разных стадиях развития ребенка.

Процессы компенсации проходят длительный путь развития, имеют стадии развития, характеризующиеся особым составом и структурой динамических систем нервных связей. Стадия компенсации зависит от времени наступления дефекта, от характера сформированных связей к моменту его наступления, от возраста ребенка, от степени пораженности анализатора, от уровня его физического и психического развития, индивидуальных и личностных особенностей, социальных условий воспитания, а также от организующей и направляющей роли взрослого, учитывающего эти особенности развития.

Нарушения функций и компенсаторные перестройки при различных зрительных нарушениях имеют свои специфические особенности.

Исследование формирования компенсаторных процессов у слепых детей, начиная с раннего детства, проведенное Л.И. Солнцевой, показало,

что ведущим и основным путем к раскрытию системы компенсации слепоты и её структуры является анализ психологических требований, предъявляемых детям каждого возраста различными видами деятельности, того насколько и как они владеют совокупностью операций и способов, с помощью которых осуществляется деятельность, а также каковы психические процессы, которые эти способы деятельности контролируют, регулируют и направляют. Сформированность системы компенсации проверяется в новых условиях, в характере развёртывания деятельности, в использовании приобретенных ранее компенсаторных навыков.

Современные психологические исследования показали, что компенсация представляет собой систему, структурное образование которой включает в себя условия, средства и операции, направленные на достижение цели деятельности. И хотя цели развития слепого являются едиными с целями развития зрячего, вся структура психологической системы, формирующейся у слепого иная, чем у зрячего из-за тормозящего негативного влияния слепоты и глубокого нарушения зрения как на познавательные, так и на личностные характеристики слепого. Компенсация в процессе жизни проходит ряд стадий, отличающихся своей структурой, иерархическим выделением на каждой стадии тех психических образований, которые обеспечивают слепому ребенку продвижение в развитии.

Переход от одной стадии компенсации к другой обуславливается появлением или изменением ведущей деятельности и, в значительной степени, зависит от уровня развития познавательных процессов и психических свойств, позволяющих осуществить эту деятельность; от того, какое негативное влияние оказывает зрительный дефект на их развитие и насколько далеко они отстоят от первичного дефекта.

Диалектика перехода от стадии к стадии у детей раннего и дошкольного возраста связана со структурными образованиями, которые выделены на каждой стадии развития компенсации и которые позволяют компенсировать дефекты зрения: на первой стадии – это комплексные двигательнo-кинестетические восприятия, осязание, слух, образование глобальных межфункциональных и внутрифункциональных связей в процессе осуществления общения и предметной деятельности.

На второй стадии – речь: её включение в общение и предметную деятельность позволяет корригировать отставание в локомоторном развитии слепого, возникшее из-за отсутствия зрительного контроля за деятельностью руки, направленности и точности её движений. Подражание взрослым в воспроизведении речевого материала, музыкального ритма, позволяет использовать и подражание в мануальной деятельности, воспроизводя движения, сделанные вместе со взрослым, используя кинестетический контроль.

Третья стадия связана с развитием и появлением образов представлений, укреплением их связей с предметным миром, возможностью представлять предметы в их отсутствии, оперировать образами в воображаемой ситуации. Это создает предпосылки для возникновения творческой игры как условия активизации развития слепого.

Четвертая стадия характеризуется активным включением речи, памяти, мышления, как в наглядно-практической, так и в наглядно-образной и понятийной форме в сенсорное отражение слепым внешнего мира.

Исследования М.И. Земцовой и Л.И. Солнцевой показали, что компенсация слепоты по своей сути не является замещением одних функций другими, а представляет собой создание на каждом этапе развития ребенка новых сложных систем связей и взаимоотношений сенсорных, моторных, логических структур, позволяющих воспринимать и использовать информацию от внешнего мира для адекватного его отражения и поведения в соответствии с условиями жизни и деятельности.

Исследования, проведенные в последние годы, показывают, что понимание компенсации зрительной недостаточности как образования гибких динамических систем взаимодействия различных психических структур, имеет непосредственный выход в педагогическую практику обучения и воспитания детей с нарушениями зрения. Это выражается в создании комплекса специальных коррекционных занятий, обеспечивающих компенсацию нарушенных или полностью утраченных зрительных функций, а также вторичных отклонений в развитии, осуществляемых в условиях различных форм учебной, игровой и практической деятельности.

На каждой стадии компенсации предполагается, по крайней мере наличие двух компонентов: а) совокупности операций и способов, с помощью которых осуществляется деятельность; б) формирование определенного уровня и качества психических процессов, которые эти способы контролируют и направляют.

Эти два параметра и выделяются в первую очередь потому, что именно они являются специфическими и своеобразными при осуществлении значительного количества и различных видов деятельности, выполняемых детьми с нарушением зрения разного возраста. Наличие глубоких нарушений зрения и его отсутствие требуют иного способа контроля деятельности. Там, где в норме контроль осуществляется с помощью зрения - в случае со слепотой или слабовидением - это или кинестетический контроль или инструментальный, с помощью технических средств.

Компенсация частичного дефекта протекает по тем же законам компенсации как и тотального дефекта, отличие – включение в её систему

информации от нарушенного анализатора. В этом случае изменяется соотношение коррекции и компенсации. При образовании системы компенсации при частичном дефекте начинает играть роль коррекция первичного дефекта, развитие слуха, осязания, зрения. При этом основная идея компенсации, как для тотального, так и для частичного дефекта остается правомерной – включение в сенсорный акт познания высших познавательных процессов, использование прошлого опыта, активная роль предметно-практической деятельности. Этот путь позволяет эффективно компенсировать влияние сенсорного дефекта на общее психическое развитие детей с нарушениями зрения.

1.2.3. Особенности развития познавательной деятельности детей с нарушениями зрения

Сенсорно-перцептивные процессы при слепоте и слабовидении (ощущения, восприятие, представления)

Зрение, слух, обоняние и другие виды чувствительности входят в состав чувственного познания, разные уровни которого – ощущение, восприятие и представление – образуют его структуру. Состав и структура чувственного познания характеризуют сенсорную организацию человека. Сенсорная организация сложилась в процессе общественно-исторического развития человека и целиком отражает образ его жизни и характер деятельности.

В процессе трудовой деятельности в основу сенсорной организации человека в норме легли зрительно-тактильно-кинестезические связи и оптико-вестибулярная установка.

Нарушения деятельности зрительного анализатора приводят к перестройке у слепых и слабовидящих взаимоотношении анализаторов, образованию новых внутри- или межанализаторных связей, относительно или полному (при тотальной слепоте) доминированию иных, нежели у зрячих, анализаторных систем. В процессе деятельности у слепых складывается тактильно-кинестезически-слуховое ядро сенсорной организации. Аналогичным образом в оптико-вестибулярной установке происходит замена зрительного компонента двигательным.

В конце XIX – начале XX вв. тифлопсихологи при решении вопроса о том, какой рецептор становится ведущим после полной или частичной утраты зрения, отдавали предпочтение слуху. Однако в области чувственного познания, где наиболее существенным является отражение пространственных свойств и отношений объектов, слуховые ощущения отодвигаются на второй план, уступая место кинестезическим и тактильным. В настоящее время экспериментально доказано, что

утраченные зрительные функции замещаются большей частью деятельностью тактильного и кинестезического анализаторов. Но необходимо иметь в виду, что однозначно решать вопрос о ведущей роли тактильно-кинестезической чувствительности можно лишь в отношении тотально слепых и лиц, имеющих светоощущение. Когда же речь заходит о частичнозрячих, имеющих зрение (от 0,005 и выше), следует учитывать не только состояние зрительного анализатора, но и характер тех операций, в которых человек принимает участие. Что касается слабовидящих, то у них ведущим видом ощущений во всех видах деятельности остается зрение.

Ощущение – это отражение отдельных свойств и качеств предметов и явлений окружающего мира при их непосредственном воздействии на органы чувств.

При нарушениях зрения роль слуха в познании окружающего мира возрастает. При помощи слуха слепые люди ориентируются в пространстве, узнают предметы, людей. Ощущение громкости, высоты, тембра звука у слепых не имеет никаких принципиальных отличий от нормы. Слуховая чувствительность слепых может достигать как и у зрячих, очень высокого уровня развития. Особенности деятельности слепых способствуют снижению абсолютных порогов слуховой чувствительности, то есть повышению способности к тонкой дифференцировке звуков, особенно шумов, в связи с их ролью в пространственной ориентировке. Слух слепых развивается в целом нормально и при условии его интенсивного использования в деятельности сенсibiliзируется. Это позволяет слепым при полном или частичном нарушении функции зрения успешно овладевать знаниями и реализовывать их на практике.

Полная или частичная утрата зрения ведет к тому, что целый ряд предметов и явлений окружающего мира, в норме воспринимающихся визуально, становятся объектами осязательного восприятия, а их свойства и признаки превращаются в тактильные раздражители. В связи с этим резко повышается активность дистальных частей тела, особенно рук, в познавательной и трудовой деятельности слепых, что закономерно дает эффект сенсibiliзации – повышение тактильной чувствительности. Наиболее отчетливо повышение кожной чувствительности проявляется на ладонной поверхности пальцев рук. У слепых наблюдается повышенная способность дифференцировать термальные (тепловые и холодные), болевые раздражители.

Кинестезическими или мышечно-суставными называются ощущения, возникающие в мозгу при поступлении сигналов от рабочих двигательных органов. Несмотря на увеличение зоны точных движений рук, точность произвольных движений, так же как и уровень различительной кинестезической чувствительности, в целом у слепых несколько снижена. Это проявляется, например, в том, что величина

произвольных движений при вычерчивании отрезков заданной длины у слепых больше, чем у нормально видящих, то есть менее соответствует заданной величине. При слепоте вибрационная чувствительность повышается и начинает играть заметную роль в пространственной ориентировке. Так же как и другие, рассмотренные виды чувствительности, вкус и обоняние слепых сенсбилизируются в процессе деятельности, особенно ориентировки в пространстве (обоняние) и в быту (обоняние и вкус).

Статические ощущения отражают положение тела в пространстве. При тотальной слепоте значительно увеличивается роль вестибулярного аппарата для сохранения равновесия и пространственной ориентировки в связи с отсутствием зрительного контроля за положением тела в пространстве.

Зрительные ощущения частичнозрячих и слабовидящих. Учет особенностей функционирования зрительной системы у слабовидящих и частичнозрячих является неременным условием организации их деятельности. Особенно важно это при обучении, профориентации, профотборе, оснащении рабочего места. Дифференцированный подход к лицам с нарушениями зрения позволяет не только сохранить, но и развить нарушенное зрение, облегчить процесс компенсаторного приспособления.

Зрительные ощущения частичнозрячих и слабовидящих качественно отличаются от одноименных ощущений нормально видящих, что проявляется в понижении остроты зрения, световой и цветовой чувствительности, сужении поля зрения. Перед педагогом школы стоит ответственная задача охраны и развития нарушенных зрительных функций.

Педагогу следует знать, что охрану зрения нельзя представлять, как запрет им пользоваться. Полное его выключение при учебно-трудовой деятельности может повлечь за собой редукцию глубоко нарушенного зрительного восприятия. Вместе с тем использование поврежденного зрения не должно приносить дальнейшего ущерба. Рациональное включение остаточного зрения в деятельность не только не ухудшает состояние зрительных функций, а, наоборот, увеличивает скорость восприятия, улучшает различительную способность, цветное зрение, способствует развитию дифференцированного зрительного восприятия.

Исходя из рекомендаций офтальмолога, педагог должен использовать зрение учащихся в процессе обучения, так как эффект сенсбилизации, то есть устойчивое повышение чувствительности, можно получить только в результате включения анализатора в деятельность. Разумеется, зрительная нагрузка частичнозрячих и слабовидящих должна строго дозироваться соответственно степени и характеру нарушения зрительных функций и протекать в оптимальных для зрительной работы условиях, к которым относятся уровень освещенности рабочего места,

использование средств оптической коррекции, разнообразные качества наглядных пособий (величина, контрастность, цветность), размер нагрузки и т.д.

Одним из важнейших условий для нормального протекания зрительной работы является уровень освещенности рабочего места. Согласно последним исследованиям минимально допустимой для лиц с дефектами зрения является освещенность, равная 500 лк, а верхней оптимальной границей - 1000 лк. Наличие среднего оптимального уровня освещенности отнюдь не исключает необходимости индивидуального подхода, при котором врачом должен быть подобран наиболее подходящий для данного ученика уровень.

Освещенность рабочего места необходимо устанавливать, исходя из зрительной патологии: при близорукости 500 - 700 лк, при афакии и помутнении роговицы 100-250 лк; при катаракте 250-700 лк; при аномалиях рефракции и амблиопии 250-700 лк; при заболеваниях зрительного нерва 250-700 лк. Учитывая, что заболевания глаз чаще всего носят комбинированный характер, наиболее приемлемой принято считать освещенность в 500-700 лк.

Важным условием является и соблюдение определенного расстояния от глаза до рассматриваемого объекта, которое может колебаться в пределах от 25 до 33 см. При снижении остроты зрения указанное расстояние сохраняется за счет использования средств оптической коррекции.

Большое значение для успешной зрительной работы имеют качества предъявляемых объектов: размеры и контрастность изображения, его цветность и т.д. При подборе объектов для зрительной работы необходимо учитывать состояние всех зрительных функций.

Наиболее важной характеристикой является величина объектов. Предельно минимальные размеры объектов различения зависят от остроты зрения и составляют: при остроте зрения 0,01-0,03 – 15 мм; при остроте зрения 0,04-0,08 – 5мм; при остроте зрения 0,09- 0,2 – 3 мм.

И, наконец, последним существенным условием является дозирование зрительной нагрузки. Критерием для определения зрительной нагрузки является утомление зрительного анализатора, возникающее на определенном этапе работы. Рекомендации в этом отношении даются врачом-офтальмологом. В настоящее время максимальной считается непрерывная зрительная нагрузка (чтение, письмо, рассматривание картин, рисование, просмотр телепередач и др.) для слабовидящих 15 минут, для частичнозрячих – 5 минут. Разумеется, эти показатели могут существенно варьировать и зависимости от состояния зрительного анализатора, характера заболевания и т.д. Так, по некоторым данным, зрительная нагрузка вызывает утомление у слабовидящих с атрофией зрительного

нерва через 10 минут, а при близорукости и дальнозоркости – через 20 минут.

Вышеизложенное показывает, насколько сложна проблема дозировки зрительной нагрузки и дифференциации детей с дефектами зрения, однако обойти эту проблему нельзя, так как от правильности ее решения во многом будет зависеть успешность обучения школьников с нарушениями зрения.

Таким образом, нормативы зрительной нагрузки являются только ориентировочными. В любом случае дозирование зрительной нагрузки должно исходить из состояния зрительного анализатора. Особенного внимания требуют школьники с прогрессирующими заболеваниями глаз (незаконченные воспалительные процессы зрительного нерва, пигментное перерождение сетчатки и др.). Нужно помнить также, что в некоторых случаях, например, при прогрессирующем снижении остроты зрения, зрительная работа может быть вообще противопоказана.

При соблюдении указанных условий зрительная нагрузка ведет к развитию зрительных функций, дает аффект сенсibilизации. Использование зрения существенно расширяет познавательные возможности частичнозрячих и слабовидящих, оказывает положительное влияние на развитие других сторон их психической деятельности.

Восприятие – это психический процесс отражения предметов явлений действительности, непосредственно воздействующих на органы чувств в совокупности их свойств и качеств, в результате чего в сознании возникает целостный образ объекта.

В процессе восприятия обычно принимают участие несколько анализаторов. В зависимости от условий жизни и характера деятельности один из анализаторов становится доминирующим. Соответственно этому определяется присущий тому или иному человеку тип восприятия. В норме у большинства людей формируется зрительный тип восприятия. Причем доминирование зрения настолько прочно, что даже такие серьезные нарушения его функций, какие наблюдаются у слабовидящих и частичнозрячих, не влекут за собой изменения типа восприятия. У них наблюдается зрительно-двигательно-слуховой тип восприятия.

Только при наиболее значительных снижениях остроты зрения (от 0,03 - 0,02 и ниже) и тотальной слепоте, когда большая часть предметов и явления не может быть адекватно воспринята визуально, доминирующее положение занимают кожно-механический и двигательный анализаторы, лежащие в основе осязательного восприятия. Однако зрительный анализатор в зависимости от уровня остроты зрения и характера деятельности продолжает в той или иной мере принимать участие в процессе восприятия.

В основе зрительного и осязательного восприятия лежат двигательное поведение руки и глаза, способность мозга объективировать,

то есть выносить наружу впечатления, возможность отражать одни и те же категории признаков объектов и, наконец, идентичность физиологических механизмов зрительного и осязательного восприятия. Возможность отражать в восприятиях различной модальности одни и те же свойства и качества предметов впервые в русской психологии была отмечена И.М. Сеченовым. Он, первым показав сходство зрительного и осязательного восприятия, многократно подчеркивая роль осязания в процессе отражения действительности, называя его наряду со зрением и слухом «высшим органом чувств» и моделью всякого восприятия.

Глаза и руки, по Сеченову, способны самостоятельно и вполне адекватно отражать следующие категории признаков: форму, величину, направление, удаление, телесность, покой и движение. Помимо перечисленных категорий, человек только при помощи зрения различает цвет, а при помощи осязания – сдавливаемость, вес, тепло и холод. Таким образом, зрительное восприятие отражает восемь категорий признаков, а осязательное – одиннадцать, хотя, конечно, большее количество признаков, различаемых осязательно, еще не означает, что слепой в осязательных образах более полно и точно отражает действительность. Многочисленность признаков, различаемых при помощи осязания, свидетельствует лишь о возможности относительно полного и правильного отражения действительности при полной или частичной утрате зрения.

Как и в норме, процесс восприятия у лиц с нарушениями зрения характеризуется избирательностью, осмысленностью, обобщенностью, апперцепцией и константностью. При слепоте и слабовидении наблюдается редуцированность проявлений некоторых свойств восприятия. Так, избирательность восприятия ограничивается узким кругом интересов, снижением активности отражательной деятельности, меньшим по сравнению с нормой эмоциональным воздействием объектов внешнего мира; апперцепция проявляется слабее, чем в норме, в связи с недостаточным чувственным опытом; осмысление и обобщение образов осложняется недостаточностью чувственного опыта и снижением полноты и точности отображаемого; сокращается зона константного чувственного восприятия.

При наличии остаточного зрения у частичнозрячих и слабовидящих процессы познавательной и трудовой деятельности протекают при совместной работе осязания и зрения. Ведущая роль той или иной анализаторной системы в отражении мира и контроля над деятельностью должна при этом определяться состоянием зрительных функций, свойствами отражаемых предметов и характером производимой операции. Необходимость совместной деятельности зрения и осязания диктуется особенностями зрительного восприятия частичнозрячих и слабовидящих. Зрительное восприятие при снижении остроты зрения, нарушении светоощущения, сужении поля зрения резко отличается от восприятия

нормально видящих по степени полноты, точности и скорости отображения.

Представления – это образы, запечатлевшиеся в памяти и в воображении в результате предшествовавшего восприятия предметов или явлений и возникающие в мозгу при отсутствии их непосредственного воздействия на органы чувств.

Нарушение функции зрения, затрудняя, ограничивая либо полностью исключая возможность зрительного восприятия, неизбежно отражаются и на представлениях. Закон формирования представлений гласит: «Чего не было в восприятии, того не может быть в представлении».

Главной характерной особенностью представлений слепых и слабовидящих является резкое сужение их круга за счет полного или частичного выпадения или редуцирования зрительных образов. Другими характерными особенностями представлений слепых и слабовидящих являются фрагментарность, схематизм, низкий уровень обобщенности (генерализованность), вербализм. Эти особенности, отмечавшиеся еще А.А. Крогиусом, В.И. Рудневым, А.И. Скребицким и другими тифлопедагогами, проявляются у лиц с дефектами зрения в различной степени в зависимости от состояния зрительного анализатора.

Фрагментарность зрительных представлений частичнозрячих и слабовидящих и осязательных у незрячих проявляется в том, что в образе объекта зачастую отсутствуют многие существенные детали. В результате образ неполон, лишен целостности, а иногда и неадекватен отображаемому объекту. Фрагментарность представлений лиц с дефектами зрения отчетливо проявляется при воспроизведении образов путем лепки, рисования или моделирования, а также при узнавании объектов. В редуцированных представлениях у слепых и слабовидящих зачастую отсутствуют весьма важные, а иногда и наиболее существенные детали.

Неполное и неточное отображение предметов ведет к снижению уровня обобщенности, выделению несущественных признаков. Фрагментарность и недостаточная обобщенность представлений являются причиной несоответствия образа оригиналу. Неадекватность образов отчетливо проявляется при повторном восприятии объектов в процессе узнавания. Фрагментарность представлений в значительной мере преодолеваются благодаря деятельности мышления, а также развитию навыков осязательного и зрительного обследования объектов. Схематизм, так же как фрагментарность, возникает в результате недостаточно полного осязательного или зрительного отражения. Однако схематизм представлений может быть преодолен. Для этого надо направлять и организовывать процесс восприятия, развивать наблюдательность, формировать навыки обследования. В результате слепые и слабовидящие начинают более полно и точно отражать объективную действительность.

С невозможностью осязательно или зрительно воспринимать те или иные объекты в целом или их отдельные свойства связана и такая характерная особенность представлений слепых и слабовидящих, как вербализм. Под вербализмом представлений понимается нарушение соотношения чувственного и понятийного в образе в сторону преобладания последнего или полное отсутствие чувственных элементов в словесном описании объекта. Вербализм представлений хорошо иллюстрируется широким использованием незрячими описаний объектов, в которых фигурируют недоступные для осязательного восприятия признаки. (например, цвет, пространственное положение и т.п.). Средством преодоления вербализма представлений слепых и слабовидящих является широкое использование наглядных пособий, приспособленных для осязательного восприятия, формирование навыков осязательного и зрительного восприятия, включение в познавательную деятельность всех сохранных анализаторов, воспитание наблюдательности. При этом очень важным моментом является правильное использование наглядных пособий, методика работы с которыми должна учитывать индивидуальные особенности слепых и слабовидящих.

Процесс формирования представлений при слепоте и слабовидении, подчиняясь общим закономерностям, в то же время имеет характерные особенности и отличается от нормы прежде всего своей динамикой – замедленностью и затрудненностью межфазовых переходов. Трудности и ограничения, возникающие при слепоте и слабовидении при повторном восприятии объектов, сказываются на сохранности их представлений. При отсутствии подкреплений (повторного восприятия) образы тускнеют, становятся фрагментарными и слабо дифференцированными. Происходит угасание представлений вплоть до полной утраты соответствия образа оригиналу. Для сохранности представлений существенное значение имеют повторное восприятие и воспроизведение образов в деятельности.

Память слепых и слабовидящих

Память как совокупность процессов запоминания, сохранения и забывания, узнавания и воспроизведения является необходимым условием деятельности человека.

Роль памяти, и в особенности процессов запоминания и сохранения, при дефектах зрения различной тяжести особенно велика. Это объясняется тем, что слепые и слабовидящие должны запоминать многое из того, что не обязательно запоминать лицам с нормальным зрением. Если к этому добавить затруднения, испытываемые слепыми и слабовидящими при работе с литературой (справочниками, словарями, учебниками и т.п.) и другими объектами деятельности, то необходимость прочного

запоминания и длительного сохранения большого количества дополнительной (по сравнению с нормой) информации для данного контингента станет вполне очевидной.

Запоминание в различных его видах – осмысленное и механическое, произвольное и непроизвольное – является важнейшим процессом памяти, и от уровня его развития в прямой зависимости находится успешность деятельности человека.

Эксперименты, во время которых исследовались особенности запоминания слепых и слабовидящих, показали пониженную продуктивность запоминания материалов. Среди особенностей процесса запоминания того или иного материала слепыми и слабовидящими школьниками можно отметить недостаточную осмысленность запоминаемого материала. Характерным для слепых и слабовидящих является большой диапазон индивидуальных колебаний в объеме памяти, скорости запоминания, соотношении механического и осмысленного запоминания. Сохранение и забывание – процессы памяти, отражающие прочность и динамичность временных нервных связей, – зависят от качества усвоения материала, его значимости для индивида, числа повторений, типологических особенностей личности.

Так же как и при запоминании, у слепых и слабовидящих наблюдается большая вариативность индивидуальных показателей. Так, например, наряду с длительным сохранением у них можно наблюдать быстрое забывание.

Узнавание и воспроизведение – процессы памяти, в которых проявляется качество запоминания и сохранения материала, – также имеют у слепых и слабовидящих свои особенности.

Узнавание как деятельность, в процессе которой сопоставляется образ памяти с объектом восприятия, зависит от того, насколько полно и точно прошло восприятие, от того, какие существенные или несущественные свойства и признаки были выделены и теперь сравниваются.

Формирующиеся у слепых и слабовидящих слабодифференцированные, фрагментарные образы, а также трудности, испытываемые при выделении наиболее существенных сторон и свойств предметов и явлений окружающего мира, проявляются впоследствии при узнавании объектов. Узнавание объектов при дефектах зрения осуществляется замедленно и менее полно, чем в норме, причем правильность узнавания находится в зависимости от остроты зрения. Характерным для слепых и слабовидящих является также неспецифическое узнавание. Если затруднения в установлении тождественности образов памяти объектам восприятия связаны с особенностями осязательного или дефектного зрительного восприятия, то неспецифичность узнавания, под которой подразумевается опознавание

объектов как ранее воспринимавшихся по второстепенным, несущественным, неспецифическим признакам, объясняется трудностями, испытываемыми при выделении существенных, специфических признаков.

Воспроизведение в отличие от узнавания предполагает более полное запечатление и сохранение ранее воспринятого. В ряде исследований памяти слепых и слабовидящих отмечается недостаточно полное и замедленное воспроизведение материала. Совершенно очевидно, что на качестве этого процесса сказываются отмечавшиеся выше недостатки запоминания и сохранения. Однако можно предположить, что замедленное воспроизведение слепыми того или иного материала объясняется еще и особенностями их высшей нервной деятельности, а именно некоторым усилением тормозных процессов. Поэтому учитель должен проявлять особое внимание и такт при опросе учеников, так как замедленное воспроизведение учебного материала может свидетельствовать не об отсутствии или недостаточно высоком уровне знаний, а об особенностях высшей нервной деятельности опрашиваемого.

Воображение слепых и слабовидящих

Воображение – это своеобразная форма отражения действительности, в которой на основе представлений конструируются образы объектов, до того никогда не воспринимавшихся. Воображение имеет для слепых такое же значение, как и для нормально видящих: преобразуя имеющиеся представления и понятия, оно расширяет сферу познания, создает возможность предвидеть результаты деятельности, способствует развитию мышления, воли, эмоциональной сферы, оказывает существенное влияние на формирование личности.

Отличаясь от представлений по своим функциям (образы памяти воспроизводят, а образы воображения реконструируют прошлый опыт), воображение теснейшим образом с ними связано. Ни один даже самый фантастический образ воображения не может быть создан без опоры на представления, а и конечном счете, без опоры на объективную реальность.

Отсюда становится ясным, что узость круга, фрагментарность, недостаточная обобщенность и другие недостатки образов представлений не могут не сказаться на уровне развития способности к воображению.

Сужение сферы чувственного познания за счет полного или частичного выпадения функций зрения обедняет восприятие и представления, ограничивает возможности комбинирования и реконструкции образов в воображении. Бедность воображения слепых можно наблюдать на самом низшем уровне его проявления – при произвольной трансформации образов в сновидениях. В произвольных формах воображения при внезапной слепоте или резком снижении зрения в зрелом возрасте может иметь место их интенсификация. Она проявляется

в наплыве зрительных сновидений, носящих яркую эмоциональную окраску или в возникновении зрительных иллюзий и функциональных галлюцинаций. В психологии это явление получило название "синдром Шарля Боне". Считается, что данное явление представляет собой произвольную форму компенсации сокращения зрительной стимуляции.

Как уже отмечалось, качественные и количественные изменения образов памяти при слепоте и слабовидении существенно затрудняют процесс их включения в комбинаторную сферу воображения и тем самым препятствуют развитию механизмов трансформации представлений. Таким образом, развитие воображения слепых и слабовидящих замедляется как за счет обеднения чувственного опыта, так и трудностей в формировании операциональных механизмов.

Однако, несмотря на ограниченные возможности, воображение слепых широко используется в процессах деятельности и в ряде случаев восполняет недостатки восприятия и бедность чувственного опыта, выполняя таким образом компенсаторные функции.

Особо важная роль в компенсации дефектов зрения и обусловленных ими пробелов в чувственном познании принадлежит воссоздающему воображению. При его помощи слепые на основе словесных описаний и имеющихся зрительных, осязательных, слуховых и других образов формируют образы объектов, недоступных для непосредственного отражения; обследуя макеты, модели, рельефные изображения недоступных для осязательного или нарушенного зрительного восприятия объектов, они в своем воображении трансформируют возникающие образы, в результате чего адекватно представляют реально существующие, но не воспринимавшиеся ими непосредственно в натуральном виде предметы.

Развитие воссоздающего воображения у слепых является важной задачей учителя. Целенаправленное, управляемое педагогом воспитание воображения необходимо не только потому, что оно заполняет пробелы в чувственных знаниях, но и потому, что воображение, опирающееся на недостаточные по полноте и осмысленности представления, может уводить слепого в сторону от реальной жизни. Особенно часто это наблюдается при пассивном воображении, к которому в силу своего малоподвижного образа жизни, недостаточно активного включения в деятельность (игровую, трудовую, учебную) склонны слепые. Воображение, не регулируемое волей и сознанием, создает нереальные фантастические образы. Подобный отрыв от реальности превращает мечту из стимула деятельности в пустую мечтательность и отрицательно влияет на развитие личности.

Творческое воображение слепых из-за отсутствия или недостаточного количества и неполноценности зрительных представлений

страдает значительно, чем воссоздающее. Наиболее отчетливо это проявляется при врожденной абсолютной слепоте.

Низкий уровень творческого воображения у слепых связан также с тем, что отсутствие или серьезное нарушение зрительных функций препятствует овладению ребенком культурой, так как человеческая культура, как показал Л.С. Выготский, слагалась при известном постоянстве биологического типа и ее орудия, институты и т.п. рассчитаны на нормальную психофизическую организацию. Дефекты зрения ограничивают возможности развития творческого воображения лишь в определенных, связанных с нормальным функционированием зрения областях человеческой деятельности. Это положение подтверждается практикой слабовидящих и слепых ученых, добившихся поразительных успехов в области кибернетики (Н.Винер), топологической алгебры (Л.Понтрягин) и многих других.

Характеризуя в целом произвольное творческое воображение слепых и слабовидящих, следует подчеркнуть снижение его количественной продуктивности в сравнении с нормой. Это связано с бедностью и однообразием ассоциативных связей, лежащих в основе продуцирования образов фантазии. Качественные изменения в сфере воображения проявляются в снижении уровня оригинальности, т.е. новизны, нестандартности образов.

Для воображения лиц с дефектами зрения, особенно дошкольного и младшего школьного возраста, характерна стереотипность, схематичность, условность, подражательность, стремление к прямым заимствованиям, подмена образов воображения образами памяти. Часто наблюдается явление персеверации, т.е. склонность к повторению одних и тех же образов с незначительными модификациями. Образы воображения возникают, как правило, на основе очень простых и прямых аналогий. Вероятно, персеверации являются способом преодоления затруднений в репродукции образов воображения. Затруднен у слепых и слабовидящих и переход от одного образа к другому из-за их низкой динамичности и пластичности.

В заключение еще раз подчеркнем, что наличие специфических черт в воображении лиц с дефектами зрения не снимает основных закономерностей развития этого процесса, последние в равной мере проявляются как в норме, так и при патологии зрения. Надлежащим образом организованное обучение и воспитание слепых и слабовидящих способно обеспечить полноценное развитие их воображения.

Мышление слепых и слабовидящих

Мышление является обобщенным и опосредствованным отражением существенных признаков, связей и отношений объективного мира, высшей

ступеню познавательной деятельности, возникает и развивается на основе чувственного отражения. Возможность чувственного отражения при патологии зрения существенно ограничена по сравнению с нормой, целый ряд данных о внешнем мире слепые могут получить и получают опосредствованно, косвенным путем, благодаря работе мышления. С помощью мышления можно в значительной мере возмещать недостатки чувственного опыта.

Связь мышления с ощущениями, восприятием и представлениями не исчерпывается его односторонней зависимостью от количества и качества чувственных данных. Возникая и развиваясь на базе ощущений, мышление в свою очередь оказывает корригирующее влияние на процессы чувственного познания, проявляющиеся в первую очередь в осознанности и обобщенности образов.

Подлинно научный подход к чрезвычайно важным, но пока еще недостаточно исследованным процессам мышления при дефектах зрения возможен только при рассмотрении мыслительной деятельности в неразрывной связи с чувственным познанием. С.Л. Рубинштейн писал о том, что, с одной стороны, мышление исходит из чувственного созерцания и включает в себя наглядные элементы, с другой стороны, само наглядно-образное содержание включает в себя смысловое содержание. Таким образом, неразрывная двусторонняя связь чувственного и логического познания определяет компенсаторную роль мышления при сужении сенсорной сферы.

Основными операциями, благодаря которым мышление, а точнее, мыслящий человек познает и отражает в понятиях те или иные стороны действительности, являются анализ и синтез, в связи с чем мышление в целом может быть охарактеризовано как деятельность аналитико-синтетическая.

Анализ как мыслительная операция – это мысленное расчленение объекта на составные части, выделение характерных для него признаков, свойств и сторон. Синтез является объединением проанализированных элементов в единое целое. Анализ и синтез формируются в деятельности и выступают как на чувственном, так и на логическом уровне отражения. Очевидно, что успешность этих операций на уровне чувственного отражения зависит от сохранности и степени развития анализаторного аппарата.

Глубокие нарушения функций зрения затрудняют также и выполнение операций анализа и синтеза, отражаемых и являющихся объектом познания различных сторон действительности. Это объясняется, с одной стороны, недостаточно полным отражением свойств и признаков объектов, а с другой - относительной успешностью осязательного и нарушенного зрительного восприятия. Эти же самые причины лежат в

основе трудностей, испытываемых слепыми при вычленении наиболее существенных, характерных свойств и связей объектов познания.

О трудностях и недостаточном развитии аналитико-синтетической деятельности свидетельствуют также низкий уровень дифференцированности представлений, недостаточное наполнение понятий конкретным содержанием, формальность суждений и умозаключений слепых и, наконец, трудности, испытываемые ими в процессе выполнения остальных мыслительных операций, основанных на анализе и синтезе.

Одной из наиболее важных мыслительных операций является сравнение, то есть установление степени тождества или различия при сопоставлении двух или большего числа объектов. Хотя сравнение представляет собой относительно элементарную форму познания, его важная роль определяется тем, что оно наряду с анализом и синтезом включается почти во все мыслительные операции.

При наличии серьезных дефектов зрения наблюдаются определенные затруднения в процессе выполнения операции сравнения, недостаточная глубина сравнения на чувственном уровне не может не отразиться на научно-теоретическом мышлении, так как и при сравнении понятий необходима опора на их конкретное содержание. Недостаточно тонкий анализ, страдающий из-за сужения сферы чувственного познания, часто приводит к установлению тождества или различия либо по несущественным, либо по слишком общим, генерализованным признакам.

С помощью сравнения осуществляется классификация и систематизация, то есть объединение объектов по сходным признакам, их мысленная группировка. В процессе систематизации и классификации наиболее важно выделять существенные для данного разряда (вида, рода или класса) признаки. Очевидно, что часто наблюдающееся у слепых выделение несущественных или чрезмерно общих признаков препятствует правильной классификации и систематизации.

Кроме перечисленных, к операциям мыслительной деятельности относятся: абстрагирование – отвлечение от одних сторон объекта при одновременном выделении других; обобщение – объединение объектов на основе общих существенных признаков; конкретизация – применение обобщенных знаний к частным, конкретным случаям. В основе всех этих операций лежат анализ и синтез, наряду с которыми могут выступать и другие операции; например, обобщение может вестись через сравнение. Упомянутые операции не были предметом специального изучения в тифлопсихологии, однако опираясь на факты, свидетельствующие о трудностях, испытываемых слепыми при анализе и синтезе, можно с достаточной уверенностью утверждать, что дефекты в сфере чувственного познания отражаются в той или иной степени и не всех мыслительных операциях.

Резюмируя сказанное, можно отметить, что полная или частичная утрата зрения, сужая сенсорную сферу, затрудняя и обедняя чувственное познание, тем самым отрицательно влияет на развитие операциональной стороны мышления слепых.

Отражение существенных свойств и связей окружающего мира при помощи мышления совершается опосредствованно в понятиях, суждениях и умозаключениях – основных формах мыслительной деятельности.

Наиболее существенные изменения во взаимоотношении субъекта и объекта отражения, при которых влияние аномальных факторов наименее выражено и возможность адекватного отражения максимальна, наблюдаются в процессе обобщенного опосредствованного логического познания. Исследования показывают, что даже наиболее отвлеченные знания об объектах, не имеющих аналогов, которые могли бы быть познаны при помощи сохранных органов чувств (например, о цвете или свете), могут быть усвоены при врожденной тотальной слепоте. В форме понятий при дефектах зрения наиболее адекватно отражается и закрепляется в виде знаний объективная действительность.

Однако, выделяя понятия как важную форму компенсации недостаточности представлений, следует иметь в виду, что адекватное обобщенное и опосредствованное отражение возможно только тогда, когда понятийные знания подкрепляются конкретными чувственными данными в отличие от фиктивной компенсации, основанной на формировании лжепонятий и вербальных знаний.

Понятие – это обобщенное и опосредствованное знание об объекте или группе однородных объектов, закрепленное в слове. Понятия обобщенно отражают действительность в ее наиболее существенных свойствах, связях и отношениях. Понятия тесно связаны с представлениями – образами объектов, ранее бывших в восприятии, на основе которых они главным образом возникают. Взаимосвязь понятий и представлений, выражающаяся в том, что на основе общих представлений формируются понятия, а понятия, конкретизируясь, способствуют образованию представлений, с одной стороны, свидетельствует о единстве чувственного и логического познания, а с другой – указывает на то, что нарушения на одном уровне отражения неизбежно отразятся на другом. Сужение сферы чувственного познания, возникающее при слепоте отражается в области мышления, в первую очередь именно на формировании понятий в последующем оперировании ими. Наиболее характерной особенностью мышления слепых является дивергенция, то есть расхождение двух взаимопереплетенных и взаимообуславливающих сторон отражения действительности – чувственного и логического.

Догматическое усвоение понятий и формальное оперирование ими могут быть преодолены путем конкретизации знаний, формирования новых и коррекции имеющихся представлений на основе широкого

использования наглядных пособий, ознакомления слепых с натурными объектами и т.д. В этой связи следует отметить, что один из основных дидактических принципов – принцип наглядности – имеет для слепых особо важное значение, так как только на его основе возможно нормальное усвоение понятий, которые по своей природе не могут не опираться на наглядные образы действительности.

В процессе решения мыслительных задач на основе понятий строятся суждения – установление связей различной степени сложности между объектами и умозаключения – выводы из имеющихся знаний. Известно, что правильность суждений и умозаключений зависит от степени овладения понятиями (посылками), которыми оперируют, устанавливая те или иные связи, делая определенные выводы. Дивергенция чувственного и логического в понятиях слепых приводит к тому, что у них часто можно наблюдать неверные либо формальные суждения и умозаключения.

Виды мышления. Выделяют наглядно-действенное, наглядно-образное и теоретическое, или отвлеченное (абстрактное) мышление. В связи с тем, что виды мышления определяются не столько его содержанием, сколько характером и способом решения задачи, становится ясным, что слепота не может внести принципиальных изменений в данную классификацию мышления. Независимо от того, под контролем какого анализатора (зрительного или двигательного) совершается действие, в процессе которого решается та или иная задача, независимо от того, зрительными или осязательными образами оперирует мышление, делая то или иное заключение, оно остается в первом случае наглядно-действенным, а во втором – наглядно-образным.

В настоящее время не подлежит сомнению, что установленные в психологии виды мышления различаются между собой не только по содержанию и характеру. Эти виды мышления отражают также и различные генетические уровни его развития. Отсюда следует, что развитие теоретического мышления невозможно без опоры на наглядно-действенное и на наглядно-образное мышление. В то же время нельзя представить, что различные виды мышления на определенной ступени развития выступают как низшие (образное) и высшие (теоретическое). Напротив, теоретическое мышление, развившееся на основе наглядно-образного, стимулирует развитие последнего, и они совместно с разных сторон отражают объективную действительность. Дивергенция чувственного и понятийного может создать не логический, а только формальный тип мышления. Здесь же следует заметить, что догматическое усвоение слепыми понятий, создающее целый ряд трудностей при решении мыслительных задач, требует, пожалуй, гораздо более частого, чем при нормальном зрении и соответственно нормальном запасе представлений, «сличения мысли и вещи». Именно поэтому имеются все

основания утверждать, что формирование видов и типов мышления при дефектах зрения проходит через те же этапы, что и в норме, и логическое (теоретическое) мышление может развиваться только на основе высокоразвитого наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.

Итак, мыслительная деятельность слепых подчиняется в своем развитии тем же закономерностям, что и мышление нормально видящих. И хотя сокращение чувственного опыта вносит определенную специфику в этот психический процесс, замедляя интеллектуальное развитие и изменяя содержание мышления, оно не может принципиально изменить его сущность. Отмеченные выше отклонения в развитии мышления от нормы могут быть в значительной степени преодолены в результате обучения, направленного на формирование полноценных знаний, в которых чувственное и понятийное представлены в единстве.

Речь слепых и слабовидящих

Речевая деятельность, являющаяся процессом общения посредством языка, имеет ярко выраженный социальный характер. Будучи средством общения, речь в то же время является специфически обобщенной формой отражения действительности.

Речь слепых, так же как и речь зрячих, в принципе адекватно отражает действительность, поэтому существует общность основных речевых функций для всех членов общества независимо от состояния их анализаторных систем, и в частности зрительного анализатора. Помимо основных функций: коммуникативной (общения), сигнификативной (обозначения), обобщения, абстрагирования, побуждения в тифлопсихологии выделяется компенсаторная функция речи. Выделение этой функции не означает возникновения каких-либо принципиальных особенностей в содержании, структуре и характере речи, а только указывает на новый, появляющийся в связи с сужением сферы чувственного познания и направленный на ликвидацию его последствия в психическом развитии личности аспект речевой деятельности.

Речевая компенсация последствий слепоты проявляется главным образом в сфере чувственного познания. Известно, что речь, слово уточняют, корригируют и направляют чувственное отражение действительности.

Компенсаторная функция речи отчетливо выступает во всех видах психической деятельности слепых: в процессе восприятия, когда слово направляет и уточняет его, при формировании представлений и образов воображения, в ходе усвоения понятий и т.д.

Особенности развития речи при слепоте и слабовидении. Развитие речи осуществляется в процессе овладения языковыми (фонетический состав, словарный запас, грамматический строй) и неязыковыми (мимика,

пантомимика, интонация) средствами общения, причем протекание этого процесса возможно только в ходе «жизненно мотивированной деятельности общения» (С.Л. Рубинштейн). Поскольку деятельность речевого общения при дефектах зрения принципиально не нарушается, овладение речью и ее функциями, а также структурой при слепоте происходит и общих чертах так же, как и у нормально видящих, однако нарушение или отсутствие зрения накладывает на этот процесс определенный отпечаток, вносит специфику, проявляющуюся в динамике развития и накопления языковых средств и выразительных движений, в своеобразии соотношения слова и образа, содержания лексики, в некотором отставании формирования речевых навыков и языкового чутья. Причинами такого своеобразия являются сужение сферы активной общения в наиболее ранний период развития ребенка, ограничение его возможностей активной подражательной и познавательной деятельности, сужение возможности развития моторной сферы и нередко средовые условия, не всегда благоприятные для целенаправленного коррекционно-развивающего воздействия.

Выпадение или серьезные нарушения функций зрения ограничивают количество воспринимаемых объектов, затрудняют выделение многих существенных и, что также весьма важно, оказывающих сильное эмоциональное воздействие свойств и качеств предметов (например, цвет). Это ведет к замедлению процесса познания действительности и, следовательно, сказывается на темпах речевого развития.

По данным исследователей, речевые недостатки при дефектах зрения наблюдаются у детей в два раза чаще, чем у нормально видящих, кроме того, и это наиболее существенно, дефекты речи тормозят психическое развитие детей с нарушениями зрения, причем в гораздо большей степени, чем нормально видящих. Это связано с тем, что развитие речи, способно при нормальном уровне развития в значительной мере компенсировать последствия слепоты и слабовидения, что в данном случае задерживается, и речь не выполняет свою компенсаторную функцию.

Недостатки произношения отрицательно влияют на речевую деятельность, ограничивают и без того суженный круг общения детей с дефектами зрения, что затрудняет формирование ряда качеств характера или ведет к появлению отрицательных свойств личности (замкнутость, аутизм, негативизм и др.).

Отсюда становится ясной необходимость своевременной коррекционной логопедической работы с детьми с нарушениями зрения. Основой для формирования правильного звукопроизношения при дефектах зрения является использование сохранных слухового и двигательного анализаторов, которым принадлежит главная роль в формировании речеслуховых и речедвигательных представлений.

Развитие словарного запаса может рассматриваться в двух аспектах: количественно – как увеличение числа используемых и понимаемых слов и качественно – как смысловое развитие словаря, как соотношение слов и обозначаемых ими предметов, как процесс все большего и большего обобщения значения слов. Неограниченные у слепых детей возможности речевого общения (непосредственное общение с взрослыми, чтение книг, слушание радиопередач и т.д.) способствуют накоплению словарного запаса, который уже в среднем школьном возрасте может не только достичь уровня нормы, но и, по данным некоторых исследователей, превзойти его.

Богатый словарный запас является одним из неперенных условий компенсации ограниченного чувственного опыта, однако для этого он должен хотя бы минимально опираться на конкретные представления. Однако отсутствие соответствия между словом и образом, вербализм знаний, столь характерный для слепых, может быть в значительной степени преодолен путем специальной работы по конкретизации речи. Расширяя и углубляя чувственный опыт детей с дефектами зрения при помощи различных дидактических приемов и средств (использование наглядных пособий, экскурсий, объяснительного чтения, словарной работы, применение технических средств обучения и т.д.), можно достичь необходимого соответствия между запасом слов и образами обозначаемых ими объектов.

Накопление словарного запаса идет одновременно с усвоением структуры речи, практическим овладением способами оперирования словами. Усвоение грамматического строя, то есть овладение флексийной речью, происходит в процессе общения со взрослыми на основе слухового восприятия и последующего подражания. При нормальном общении с окружающими слепые дети имеют все условия для успешного овладения грамматическим строем родного языка.

В специфику развития речи слепых детей включаются также особенности усвоения и использования ими просодических средств общения – интонации, темпа, тембра, громкости, высоты – являющихся неотъемлемыми компонентами устной речи. Наблюдающееся у слепых ослабление внешнего выражения эмоций и ситуативных выразительных движений сказывается на интонационном оформлении речи. Это проявляется в бедности интонаций и монотонности речи. Однако развивающаяся у слепых способность подражать речи окружающих помогает преодолению этого недостатка.

В тифлопсихологии встречаются мнения, согласно которым отсутствие зрения влияет на темп и громкость речи. Одни авторы отмечают замедленность, другие – повышенную скорость речи слепых. Также расходятся мнения и о силе голоса: одни утверждают, что слепые говорят всегда тихо, так как громкие звуки мешают их слуховой

ориентации в пространстве, другие – что слепые говорят чрезмерно громко, потому что из-за отсутствия зрения не могут оценить размеры помещения и степень удаленности собеседника. Надо полагать, что упомянутые различия в темпе и громкости речи являются индивидуальными, а не типичными для слепоты особенностями, чем и обусловлено столь значительное расхождение во взглядах на эту сторону речи.

Несмотря на многочисленные отклонения в развитии различных компонентов речевой деятельности при глубоких нарушениях зрения, следует отметить, что в целом речь слепых при правильном формирующем воздействии со стороны родителей и воспитателей развивается до нормального уровня, существенно расширяя возможности слепых во всех видах деятельности. Ранняя коррекционная работа позволяет преодолеть задержки в речевом развитии. Опирающаяся на конкретные представления связная речь является мощным средством компенсации отклонений в психическом развитии детей с нарушениями зрения.

Внимание при нарушениях зрения

Внимание, не являясь самостоятельным психическим процессом, проявляется внутри ощущений, восприятия, памяти, мышления и других процессов как сосредоточение сознания на отражаемом объекте. Избирательная направленность внимания обеспечивает особую ясность и отчетливость осознания объекта. Включение произвольного внимания в тот или иной процесс существенно изменяет его, превращая в направленную деятельность. Так, восприятие превращается в наблюдение, случайное течение мыслей – в обдумывание той или иной задачи, произвольное воспроизведение образов и мыслей в процесс припоминания и т.д. Придавая психической деятельности избирательную направленность, внимание в то же время дает эффект сенсбилизации, которую нужно понимать не только как повышение чувствительности, но и повышение восприимчивости к впечатлениям, мыслям, действиям и т.д. Внимание обеспечивает также сосредоточение сознания на объекте деятельности при одновременном его отвлечении от всего постороннего, мешающего деятельности в заданном направлении.

Выпадение или нарушение зрительных функций при слепоте делает невозможным или затрудняет зрительное отражение мира, в результате чего из сферы ощущений и восприятия выпадает огромное количество сигналов, информирующих человека о важнейших свойствах предметов и явлений. Совершенно очевидно, что компенсация этих пробелов в чувственном опыте возможна только при активизации деятельности сохранных органов чувств. В этой активизации существенная роль принадлежит вниманию. Внимание как сторона психической деятельности

слепых исследовано еще крайне недостаточно. Однако его большое значение для компенсации дефектов зрения отмечается почти всеми тифлопсихологами и педагогами.

Наблюдения за слепыми детьми говорят о низком уровне развития их внимания, обусловленном узостью интересов к окружающему миру, о котором они получают по сравнению со своими зрячими сверстниками лишь немногочисленные и разрозненные сведения. Нужно отметить также, что уменьшение количества раздражений при нарушениях зрения снижает устойчивость внимания. В то же время длительное воздействие слуховых раздражителей быстро утомляет слепых и ведет к рассеиванию внимания.

При тотальной слепоте типичны для состояния внимания позы и сокращения мышц лица – нахмуривание бровей, наморщивание лба, фиксация взгляда, поворот к объекту, на который направлено внимание, и т.п. – отсутствуют или проявляются в очень ослабленном виде. Для слепого в состоянии внимания характерны маскообразное выражение лица и такое фиксированное положение головы и тела, которое способствует наиболее отчетливому слуховому восприятию. Например, часто можно наблюдать, как слепые, вслушиваясь в чью-либо речь, поворачиваются к говорящему вполборота.

Внимание характеризуется рядом свойств (объем, концентрированность, устойчивость, отвлекаемость и т.д.), проявление и развитие которых у слепых имеют некоторые особенности. В частности, затруднения в сфере восприятия отрицательно сказываются на объеме внимания; замедленное и недостаточно полное восприятие ограничивает разнообразие впечатлений и действий, что приводит к неустойчивости внимания; скорость переключения внимания связана со скоростью и точностью восприятия.

Специфичным для слепых является также значение некоторых свойств внимания для деятельности. Так, при ориентировке в большом пространстве необходима хорошая распределяемость внимания, тогда как его концентрация, широко представленная в аналогичных процессах у зрячих, для слепых попросту вредна. Действительно, выпадение зрительных ощущений может быть компенсировано только при условии рецепции всех остальных раздражителей, сосредоточение же сознания только на каком-либо одном виде раздражителей не может дать целостного образа, в результате чего снижается точность ориентировки.

В заключение следует заметить, что слепота вносит некоторые специфические особенности в развитие и проявление внимания. Однако, в целом развитие внимания слепых подчиняется тем же закономерностям, что и у нормально видящих, и может достигать такого же уровня развития. Это обусловлено тем, что внимание, не будучи связано с каким-либо определенным психическим процессом и тем более с функционированием какого-либо анализатора, формируется в деятельности и зависит от

приобретенных волевых, интеллектуальных и эмоциональных свойств личности, от активности человека. По этой же причине воспитание внимания и формирование внимательности как свойства личности у детей с дефектами зрения осуществляется на той же основе и теми же способами, что и нормально видящих детей.

1.2.4. Своеобразие личности при слепоте и слабовидении

Проблема личности в тифлопсихологии

На протяжении многих веков в обыденном сознании складывалось представление о слепом как личности глубоко ущербной, неполноценной. Слепым приписывали разнообразные негативные личностные свойства: гипертрофированные биологические потребности, дурные привычки, отсутствие духовных интересов, наличие отрицательных моральных и волевых черт характера, религиозно-мистическое мировоззрение и т.д. Все эти особенности рассматривались как прямое следствие нарушений зрения. В результате слепого представляли как человека абсолютно иного рода, нежели зрячего, а возможности компенсации дефекта, развития и совершенствования его личности считали крайне ограниченными.

Аналогичные взгляды встречались и в тифлологии конца XIX - начала XX вв. Так, Г.П. Недлер утверждал, что компенсаторные приспособления не могут принципиально изменить душевной жизни слепого, что они явно недостаточны для восстановления утраченного равновесия со средой, а потому «не следует при воспитании слепых детей задаваться слишком высокими целями: с природой опасно бороться, да и, кроме того, таким путем возбуждаются в самих слепых стремления и надежды, которые неминуемо должны разбиться в жизни, причиняя им невыносимые нравственные страдания».

Наряду с подобными воззрениями имели место концепции, утверждающие независимость личности и ее устойчивых свойств от соматического состояния и условий жизни. Утверждалось, что личность формируется спонтанно, а слепота, ограничивающая контакты человека с внешним миром, способствует его самопознанию и самоусовершенствованию. Так, А.М. Щербина прямо говорил, что слепота, затрудняя поступление впечатлений извне, содействует «углублению и просветлению нашей духовной жизни».

Рассматривая влияние слепоты на психическое развитие, А.А. Крогиус писал, что «она кладет глубокий отпечаток на всю личность. Но также, как одно впечатление может вызвать самые разнообразные реакции, так и слепота может привести к самым различным проявлениям и к образованию самых различных особенностей. Очень многое в этом

отношении зависит от социальных условий, от влияния наследственности, от собственных усилий, от работы над самим собой».

Л.С. Выготский убедительно показал, что любой дефект, любой телесный недостаток является фактором, в известной степени изменяющим отношения человека с окружающим миром, что в результате дает «социальную ненормальность поведения». Иными словами, органический дефект, нарушая социальные отношения, изменяя социальный статус инвалида, провоцирует возникновение у слепого ряда специфических социальных установок (например, установки на избегание зрячих, иждивенческих настроений и т.п.). Нарушение социальных контактов приводит к ряду отклонений к формированию личности у слепорожденных и рано утративших зрение и может при отсутствии или недостаточной квалифицированном педагогическом вмешательстве вызвать появление негативных характерологических особенностей. Негативные черты характера могут при неблагоприятных условиях появиться и у ослепших в зрелом возрасте.

К таким особенностям, возникающим в связи с полной или частичной утратой зрения, относятся некоторые изменения в динамике потребностей (например, недоразвитие рецептивных потребностей), связанных с затруднениями их удовлетворения, сужения круга интересов, обусловленной в сфере чувственного отражения; редуцированность способностей к видам деятельности, требующим визуального контроля; отсутствие или некоторая ограниченность внешнего проявления внутренних состояний.

Кроме того, дефект способствует, особенно в рамках семейного воспитания, возникновению условий, неблагоприятно влияющих на формирования различных черт характера. К таким условиям относятся в равной мере как чрезмерная опека со стороны окружающих, так и отсутствие внимания, заброшенность ребенка. В результате у слепых формируются отрицательные моральные (эгоцентричность, эгоизм, отсутствие чувства долга и товарищества), волевые (отсутствие самостоятельности, нерешительность, внушаемость, упрямство, негативизм), эмоциональные (равнодушие к окружающим, душевная черствость) и интеллектуальные (отсутствие любознательности, чувства нового) черты характера.

Сравнительно ограниченные контакты слепых с окружающими влекут за собой замкнутость, некоммуникабельность, стремление уйти в свой внутренний мир.

В отечественной тифлопсихологии изучение особенностей личности слепых показало, что ее устойчивые свойства (направленность, способности, темперамент и характер) лишь косвенно связаны с дефектами зрения. В одних случаях эта связь обусловлена недостатками в области чувственного познания, неудачным опытом познавательной и

ориентировочной деятельности (например, боязнь нового), в других неблагоприятными условиями воспитания, выпадением из коллектива, ограничением деятельности, отрицательными результатами попыток налаживания контактов со зрячими. Еще менее выраженной оказывается связь между формированием отдельных структурных компонентов личности и глубиной и временем возникновения первичного дефекта. Таким образом становится очевидно, что в формировании основных свойств личности на первый план выступают социальные факторы, действие которых оказывается относительно или полностью независимым от времени возникновения и глубины патологий зрения.

Как уже отмечалось, дефекты зрения могут приводить к развитию нежелательных черт характера (негативизм, внушаемость и т.д.) и отрицательной направленности. Однако при правильной организации воспитания и обучения, широком вовлечении ребенка в различные виды деятельности формирование необходимых свойств личности, мотивации деятельности, установок оказывается практически независимым от состояния зрительного анализатора.

В других случаях слепота, первоначально тормозящая развитие некоторых сторон личности (например, интересов, эстетических чувств и т.д.), при педагогическом вмешательстве отступает на второй план, но продолжает оказывать влияние на диапазон избирательного отношения ребенка с нарушениями зрения к окружающей действительности, сужая его зависимости от глубины патологии. Но если тот или иной вид деятельности доступен для слепого, то формирование отношения к нему оказывается независимым от дефекта. Так, например, интересы к определенным видам деятельности, успешно осуществляющейся без зрительного контроля, оказываются такими же глубокими, устойчивыми и деятельными, как и у нормально видящих.

Таким образом, содержательная сторона психики при развивающем обучении оказывается независимой от дефекта зрения. Более того, она относительно независима от биологических, природных факторов, так как последние определяют не содержание, а процесс формирования личностных ценностей, его динамику. Следовательно, между зрячими и слепыми, а тем более между зрячими и слабовидящими различия могут наблюдаться только в динамике становления различных свойств личности. Конечные же результаты, то есть уровень сформированности личности, определяются не наличием или отсутствием зрительной патологии, а характером социальных воздействий, и прежде всего воспитания и обучения.

Существование неоднозначной зависимости формирования отдельных структурных компонентов личности от состояния зрения и наличие ряда ведущих личностных свойств, образующих ядро личности (мировоззрение, убеждения, идеалы) и независимых от дефектов зрения,

следует подчеркнуть особо. Дело в том, что в тифлологии широко распространено мнение, согласно которому слепота накладывает отпечаток на весь ход развития личности, вызывают глобальные изменения, ведет к ее радикальной перестройке.

В нашей стране создаются благоприятные условия для развития личности детей с нарушениями зрения. Поэтому нет основания считать, что сенсорный дефект влияет на весь ход развития, радикально изменяет и перестраивает личность. Целиком и полностью указанное положение опровергается повседневной практикой обучения и воспитания слепых и слабовидящих. И это естественно, так как на формирование личности в целом как субъекта познания и активного преобразователя действительности ни парциальное, ни тотальное нарушение функций зрения влияния оказать не может, речь идет лишь о том, что эти нарушения затрагивают, причем в различной степени, лишь ее отдельные структурные компоненты.

Центральное же ядро личности, образующее те внутренние условия, через которые преломляются внешние воздействия, обусловлено общественными отношениями, отражающимися во внутренних субъективных отношениях человека к миру вещей и людей, к самому себе. Отсюда следует, что при нормальном общении слепого ребенка с широкой средой формирование ядра личности протекает без каких бы то ни было отклонений. Иными словами, нарушение зрительных функций не является непреодолимым препятствием на пути формирования всесторонне развитой личности.

Активность личности при слепоте

На активность, как одно из важнейших свойств личности неоднократно указывали А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия и др. Активность в настоящее время является одним из ключевых понятий в психологии деятельности.

Не подлежит сомнению, что отсутствие зрения или тяжелые хронические нарушения его ведущих функций вносят существенные изменения и жизнь человека, затрудняя его взаимодействие с окружающим миром, снижая его активность.

Активность является фундаментальным свойством, присущим всей живой материи. Разумеется, на различных ступенях эволюционной лестницы уровни активности и ее проявления различны, и только «с переходом к человеку, сознание которого изначально формируется в борьбе с силами природы, в непрерывном преодолении внешних и внутренних барьеров на пути к реализации своих целей, активность отражения, выраженная в продуктивной творческой деятельности, достигает высшего уровня» (Ярошевский М.Г.).

Активность человека определяется как биологическими, так и социальными факторами, причем последние в этом взаимодействии оказываются ведущими. Не касаясь физиологических основ активности, рассмотрим те внешние условия, в которых формируется такое важное качество или набор качеств личности слепого и слабовидящего, как общая активность, имея в виду в первую очередь активность познавательной деятельности.

Снижение (или недоразвитие) активности у лиц с глубокими нарушениями зрения отчетливо показано в ряде тифлопсихологических и тифлопедагогических исследований. Наиболее ярко снижение активности проявляется в раннем и дошкольном возрасте.

Прежде всего снижение активности отражается в ориентировочно-поисковой деятельности.

Недостаточная выраженность ориентировочных реакций при врожденной тотальной слепоте и почти полное, их отсутствие у слепоглухонемых детей дали повод некоторым дефектологам и философам утверждать, что ориентировочно-исследовательская деятельность не имеет биологической основы и формируется прижизненно. Наличие частых отрицательных подкреплении рефлекса «Что это такое?» (ушибы, травмы) уже при первых проявлениях поисково-ориентировочной деятельности у слепых детей ведет к редуцированности, ослабленности, заторможенности ориентировочных реакций.

Человеческая активность проявляется и развивается в деятельности. Основным источником активности являются потребности. Выпадение или редуцирование зрительных функции отрицательно влияет на формирование потребностей, нарушает соотношение потребностей материальных и духовных. Спонтанное развитие потребностей ведет к доминированию и даже гипертрофии у слепых потребностей органических, как наиболее легко удовлетворимых.

Среди широкого круга человеческих потребностей заметное место занимают потребности перцептивные, проявляющиеся в непреодолимом стремлении к восприятию мира. Б.Г. Ананьев, утверждал, что у людей «ощущения сами становятся особым видом потребности в познании внешнего мира, приобретая самостоятельное, относительно независимое от питания и размножения жизненное значение».

Снижение активности познавательной деятельности у детей с дефектами зрения обусловлено прежде всего двумя взаимосвязанными причинами: с одной стороны, недоразвитием перцептивных потребностей и познавательных интересов, а с другой - недоразвитием навыков осязательного (у незрячих и особенно частично зрячих) и визуального (у слабовидящих и особенно частичнозрячих) обследования. При этом уровень активности отражения при прочих равных условиях оказывается зависимым от степени тяжести дефекта и времени его появления.

Отрицательные подкрепления ориентировочного рефлекса, тормозящие развитие перцептивных потребностей и влекущие за собой снижение активности познавательной деятельности, не являются единственной причиной этого явления. Снижение познавательной активности обусловлено также и явно недостаточной стимуляцией ее извне. В связи с этим при обучении слепых и слабовидящих чрезвычайно важно проводить работу, направленную на развитие сохранных анализаторов и выработку сигнальных значений раздражителей, способных заменить невоспринимающиеся световые воздействия.

Затруднения, испытываемые лицами с глубокими нарушениями зрения при восприятии окружающего мира, и вызванное ими снижение активности отражения требуют самого широкого педагогического вмешательства с раннего детства, вмешательства, которое способствовало бы развитию, навыков осязательного и визуального обследования, формированию перцептивных потребностей и познавательных интересов, а в конечном итоге активизации познавательной деятельности.

Серьезным препятствием для проявления активности являются затруднения, испытываемые слепыми при установлении социальных контактов. Неадекватные установки слепых к себе, зрячим, различным видам деятельности, так же как и неверные представления зрячих о слепых и их возможностях, являются основным препятствием включения инвалидов по зрению в активную деятельность, а, следовательно, их социально-трудовой и социально-психологической реабилитации.

Еще одним фактором, снижающим активность слепых, являются отрицательные эмоциональные состояния (депрессивные настроения, стрессы), а также фрустрации (состояние психического напряжения), обусловленные часто встречающейся у слепых неадекватной самооценкой и трудностями адаптации к жизни без зрения. В ряде случаев инвалиды по зрению оказываются не в состоянии преодолеть возникающие перед ними препятствия. Многократное повторение фрустрации ведет к снижению активности, безынициативности отказу от деятельности.

Однако все упоминавшиеся факторы снижения активности при глубоких нарушениях зрения могут быть преодолены путем создания соответствующих условий для успешного компенсаторного приспособления. Важнейшим из них является включение инвалидов по зрению в деятельность, формирование у них положительной мотивации и установок. Исследования показывают, что при правильной организации учебно-воспитательной и коррекционной работы зависимость мотивов учебной, трудовой и общественно полезной деятельности от состояния зрения отсутствует, а активность лиц с нарушенными функциями зрения приходит к норме. Активное участие многих инвалидов по зрению в жизни нашего общества, их успехи в самых различных областях деятельности - лучшее тому подтверждение.

Особенности эмоционально-волевой сферы личности слепых и слабовидящих

Эмоционально-волевая сфера психики слепых является наименее исследованной в тифлопсихологии, что связано главным образом с трудностями объективного изучения эмоции, чувств и воли

Эмоции и чувства как специфическое отражение внешнего мира, проявляющееся в субъективном отношении человека к действительности, зависят от того, насколько полно, точно, всесторонне отражается окружающий мир и что именно является объектом отражения. Разумеется, отсутствие зрения, сужающее сферу чувственного познания, не может повлиять на наиболее общие качества эмоций и чувств, их номенклатуру, значение для жизнедеятельности и т.п. Слепота, как показывают наблюдения, может повлиять лишь на степень проявления отдельных эмоций, их внешнее выражение и на уровень развития отдельных видов чувств.

Зависимость эмоций и чувств от состояния сенсорной сферы опосредуется материальными и духовными потребностями, развитие которых непосредственно связано с накоплением чувственного опыта. Очевидно, что ряд положительных и отрицательных эмоций, возникающих как непосредственная реакция нормально видящих на зрительно воспринимаемые объекты, явления, их свойства, отсутствует у незрячих. Отсутствие зрения обуславливает также изменения в характере и динамике потребностей, что в свою очередь сказывается на эмоциональных переживаниях, возникающих при их удовлетворении или неудовлетворении.

Возникающие из одного и того же источника и тесно связанные между собой, эмоции и чувства являются в то же время различными по характеру отношения уровнями психической деятельности.

Эмоции, возникающие при удовлетворении или неудовлетворении органических потребностей и при непосредственных реакциях на предметы и явления окружающего мира, при утрате зрительных функций, очевидно, претерпевают не такие существенные изменения, как чувства. Имеющиеся в тифлопсихологии сведения о силе и глубине эмоциональных переживаний слепых весьма противоречивы. Одни авторы считают, что слепые менее эмоциональны, чем зрячие, другие, напротив, подчеркивают интенсивность эмоциональной жизни слепых. Однако этот вопрос вряд ли может быть решен однозначно. Очевидно, что ряд потребностей (например, в еде или во сне) удовлетворяется слепыми так же успешно, как и нормально видящими, и эмоции, возникающие при удовлетворении этих потребностей, будут зависеть лишь от того, какое место занимает данная потребность в структуре потребностей и насколько полно она

удовлетворена. Поэтому в данном случае вряд ли будут наблюдаться какие бы то ни было различия между слепыми и зрячими.

Что же касается потребностей, удовлетворение которых связано с нормальным функционированием зрительного анализатора, то здесь не подлежит сомнению, что слепота оказывает влияние на знак (положительный или отрицательный) и глубину эмоций. Например, часто наблюдаемые у слепых отрицательные эмоции или отсутствие эмоционального отношения при непосредственном реагировании на некоторые объекты можно объяснить в одном случае неудовлетворением познавательных потребностей, а в другом - отсутствием потребности познать данный объект. В то же время можно видеть, что ряд объектов и их свойств, ситуаций, почти не вызывающих эмоций у нормально видящих, у слепых вызывают сильные эмоциональные переживания.

В качестве примера можно привести ситуации, в которых оказывается инвалид по зрению, находясь в среде нормально видящих. Слепой в этом случае утрачивает свою анонимность, становясь центром внимания, что вызывает с его стороны раздражение, эмоциональное напряжение. Например, налить в стакан воды в присутствии зрячих, пользуясь обычным способом (контролируя уровень воды при помощи пальца, опущенного в сосуд), для слепого становится проблемой, у него возникает ощущение, что за ним наблюдают. Этим же можно объяснить упорные отказы многих слепых пользоваться при ориентации в пространстве тростью, привлекающей внимание окружающих.

Постоянно высокое эмоциональное напряжение может в отдельных случаях вызывать эмоциональные расстройства. Некоторые авторы причину эмоциональных расстройств видят, главным образом, в усваиваемом инвалидами отношении зрячих к слепым (отношения озабоченности, сочувствия, брезгливости и пр.). Иными словами, поведение зрячих родственников, друзей, незнакомых вызывает у слепых негативное эмоциональное отношение к действительности, на фоне утраты анонимности, как уже отмечалось, такого рода отношение приводит к постоянно высокому эмоциональному напряжению. При этом здесь возможны две позиции: 1) принятие взгляда зрячих на свою личность, влекущее за собой утрату самоуважения, комплекс неполноценности и 2) эмоциональное сопротивление представлениям зрячих о своей социальной и физической неполноценности, выражающееся в неприязни, избегании, агрессивности по отношению к окружающим.

Здесь следует заметить, что вообще представления зрячих о настроениях слепых зачастую оказываются ошибочными. Это не мир тьмы, грусти, отчаяния, как они полагают, по крайней мере для слепорожденных и ослепших в детстве этот визуально воспринимаемый зрячими мир должен быть нейтрален (без света и без тьмы).

Одновременно отношение зрячих к слепым как явно негативное последними оценивается, как правило, неверно. Опрос зрячих (как имеющих опыт общения с инвалидами по зрению, так и не имеющих такового), проведенный В.М. Сорокиным, показал отсутствие у них предубежденности по отношению к слепым, взглядов на слепых, как неполноценных членов общества. Давая обобщенный портрет слепого, зрячие подчеркивают такие их свойства, как внутреннюю сосредоточенность, самоуглубленность, особый богатый внутренний мир, высокий нравственный уровень, развитые волевые черты характера и пр. При этом опрошенные подчеркивали, что слепота не воспринимается ими как физический недостаток. Скорее она оценивается как форма повседневной бытовой беспомощности. Несмотря на явную идеализацию, подчеркивает В.М. Сорокин, в этом портрете отчетливо видно положительное отношение к незрячему.

Отсюда следует, что в ходе реабилитационной работы требуется коррекция представлений друг о друге, взаимоотношений в системе зрячий - слепой как у одних, так и у других, т.е. реально интеграция инвалидов в обществе может быть осуществлена только при условии понимания обществом проблем лиц с дефектами зрения, их реальной личностной ценности и одновременно устранением предубежденности слепых о имеющемся отношении зрячих к слепым как к малоценным членам общества. Это следует рассматривать как важный путь урегулирования эмоциональной жизни инвалидов по зрению.

Таким образом, можно утверждать, что слепота, ограничивая отражательные возможности человека, нарушая гомеостаз (равновесие с окружающей физической и социальной средой, вызывает определенные сдвиги в эмоциональной сфере, некоторые изменения в эмоциональном отношении к отдельным (трудно познаваемым) сторонам действительности, не изменяя в целом сущности эмоции.

Чувства, зарождаясь и сфере эмоций, являются особой формой отношения человека к окружающему миру. Это устойчивые эмоциональные отношения к действительности, а эмоции отражают значимость ситуативных явлений. Присущие только человеку чувства имеют ярко выраженный социальный характер. Различные виды чувств - моральные, интеллектуальные и эстетические - в той или иной степени присущи всем людям, что объясняется их общественно-исторической природой.

Различные виды чувств в разной мере связаны с непосредственным отражением действительности. Наименее связаны с ним моральные чувства, в большей степени интеллектуальные, и самая тесная связь существует между ощущениями, восприятиями и представлениями, с одной стороны, и эстетическими чувствами - с другой. Поэтому сужение сенсорной сферы оказывает различное влияние на отдельные виды чувств.

По номенклатуре чувства слепых и зрячих не могут иметь никаких различий. Специфика чувств слепых, обусловленная нарушением отношений с естественной и социальной средой, проявляется только в характере выражения и динамике развития чувств.

Иногда наблюдающиеся при слепоте аномалии развития моральных и интеллектуальных чувств (отсутствие чувства долга, себялюбие, отсутствие чувства товарищества, чувства юмора, чувства нового и т.д.) имеют место и у зрячих и ни в коей мере не могут быть объяснены слепотой. Негармоничное развитие и появление отрицательных чувств может быть объяснено только недостатками воспитания. В первую очередь это касается моральных чувств, имеющих ярко выраженный социальный характер и отражающих существующую систему человеческих отношений. Не слепота, а неправильное отношение в семье (мелочная опека, заласкивание, противопоставление ребенка другим членам семьи, как “обиженного судьбой”, или, наоборот, заброшенность), в школе (подчеркивание неприспособленности ребенка к жизни, упреки благами, получаемыми через систему социального обеспечения, переоценка возможностей и способностей и т.п.) порождают отрицательные моральные чувства. Понимание сущности моральных чувств и многочисленные примеры из жизни слепых дают полную возможность утверждать, что при правильном воспитании моральные чувства слепых никак не отклоняются от нормы.

Интеллектуальные чувства также существенно зависят от социального положения человека и окружающей его среды. Необходимым условием для развития интеллектуальных чувств является участие в умственной деятельности. Предоставление слепым этой возможности, в частности их обучение в средней и высшей школе, открывает широкие возможности для развития интеллектуальных чувств.

В то же время развитие интеллектуальных чувств обусловлено успехами познавательной деятельности и способностью и возможностью открывать все новые и новые стороны в предметах и явлениях, проникать в их сущность, устанавливать закономерности развития. Слепота сужает сферу чувственного познания, что в свою очередь неблагоприятно влияет на развитие мышления, ставит серьезные преграды на пути развития интеллектуальных чувств, возникающих в процессе познания. Именно поэтому у слепых, особенно дошкольников, часто наблюдается отсутствие любознательности. Однако огромные компенсаторные возможности позволяют слепым преодолеть многочисленные препятствия на пути овладения знаниями, успешно заниматься умственной деятельностью, в процессе которой и развиваются интеллектуальные чувства.

Наиболее существенное влияние слепота оказывает на эстетические чувства, возникающие и развивающиеся при восприятии и создании человеком прекрасного. Эстетические чувства возникают не только при

зрительном, но и при восприятиях других модальностей (слуховое, осязательное, вкусовое и обонятельное). Однако тотальная или парциальная слепота полностью или частично делает невозможным восприятие тех сторон действительности, которые оказывают на человека наиболее сильное эмоциональное воздействие. Этими же причинами обусловлено отрицательное изменение в области культурных потребностей и интересов, также оказывающих существенное влияние на развитие эстетических чувств.

В этой связи наиболее важным представляется вопрос: возможно ли компенсировать недостатки развития и проявлений эстетических чувств слепых? В тифлопсихологии XIX в. было широко распространено мнение, что слепым свойственно наслаждение прекрасным, так как они обладают природным идеалом красоты, а для развития их потенциальных возможностей необходимо специальное воспитание. Тезис о необходимости эстетического воспитания слепых действителен и по сей день, хотя основу для него мы видим не в природном идеале красоты, а в способности слепых правильно отражать окружающий мир при помощи интегративной деятельности сохранных анализаторов. В процессе обучения и воспитания у слепых формируются правильные представления о прекрасном и правильное к нему отношение.

Эмоциональные состояния и внешнее выражение эмоции

Важным показателем психической деятельности человека являются эмоциональные состояния - настроения, фрустрации, стрессы (дистрессы) и аффективные состояния. Они отражают как характерные, так и случайные для человека особенности поведения. Соотношение типичного и случайного образует сложный эмоциональный фон, оказывающий огромное влияние на психическую жизнь человека.

Многие исследователи отмечали, что слепота влечет за собой изменения в характере эмоциональных состояний в сторону преобладания астенических, подавляющих активность индивида настроений грусти, тоски либо повышенной раздражительности, аффективности. В том и другом случае подчеркивалось отличие эмоциональных состояний слепых от нормы, причем подобные изменения считались в дореволюционной тифлопедагогике типичными проявлениями поведения слепых.

Эмоциональные состояния имеют субъективный характер. Однако они всегда детерминируются внешними воздействиями. Слепота вызывает болезненную реакцию личности в виде повышенной раздражительности, неадекватности поведения, безразличия к окружающему, инертности и т.п. Однако в процессе компенсации дефектов психического развития, возникающих в результате утраты зрения, патологические изменения в

эмоциональной сфере исчезают. Человек сознательно овладевает и управляет своим настроением.

Глубокие нарушения зрения затрудняют или делают невозможным удовлетворение ряда насущных потребностей. В результате возникает эмоциональное напряжение - следствие блокирования цели более или менее непреодолимым препятствием. Подобные состояния в психологии называют фрустрацией. Невозможность реализовать сиюминутную потребность из-за наличия какого-либо препятствия практически дезориентирует сознание и деятельность, создает неблагоприятный эмоциональный фон. Например, стремление использовать остаточное зрение при чтении рельефного шрифта и в других подобных операциях, не дающее необходимого эффекта, может вызывать ощущения напряжения, тревожности, отчаяния и т.п. В результате инвалид может вести себя агрессивно, отказываться от деятельности, переносить ее в воображаемый план. С последним, видимо, связано чисто встречающееся у слепых патологическое фантазирование. Частые и длительные фрустрации могут принести к возникновению негативных характерологических черт личности (неуверенность в себе, когнитивная, аффективная и мотивационная ригидность). Некоторые исследователи указывают, что длительная фрустрация может переходить в депривацию. Но смешивать эти состояния не следует. Например, врожденная слепота (невозможность видеть, ощущать свет и цвет) не вызывает фрустрации, так как ребенок не ощущает потребности в зрительной перцепции (слепорожденный не ощущает себя погруженным во мрак), но влечет за собой сенсорную депривацию, и наоборот - наличие остаточного зрения, снижая уровень сенсорной депривации, часто вызывает фрустрационные ситуации, когда использование зрения оказывается невозможным или дает неудовлетворительные результаты. При слепоте, слабовидении, кик и у нормально видящих, в результате резко изменяющихся жизненно важных обстоятельств могут возникнуть аффективные состояния. Аффект, кик правило, является следствием невозможности найти выход из непредвиденной сложной ситуации, протекание аффекта при глубоких нарушениях зрения отличаются от нормы лишь тем, что длительные реакции и сопряженные с ними действия из-за боязни пространство оказываются редуцированными, а вегетативные реакции - гипертрофированными.

Наблюдение за поведением слепых, оценка ситуаций, в которые они часто попадают, трудностей, испытываемых ими при ориентации в пространстве и социальной среде, дают основание предположить, что все это создает у них эмоциональное состояние напряженности (стрессовое состояние). Особенно отчетливо стрессовые состояния проявляются непосредственно после утраты зрения, которая ведет к нарушению гомеостаза (постоянства внутренних условий функционирования

организма в связи с нарушением его взаимодействия с окружающей средой). Однако по мере выработки компенсаторных приспособлений стресс постепенно снимается.

Следует помнить, что сильные стрессы ведут к развитию возбуждения, что дезорганизует поведение человека, а их дальнейшее усиление - к развитию торможения, обуславливающего пассивность, отказ от деятельности. Поэтому чрезвычайно важной представляется работа по социально-психологической реабилитации, начинать которую следует непосредственно после появления дефекта (или его осознания при ранней или врожденной слепоте) в целях выработки адекватной установки и компенсаторных приспособлений.

Однако нужно иметь в виду, что при прочих равных условиях лица с глубокими нарушениями зрения оказываются в стрессогенных ситуациях значительно чаще, чем зрячие. При этом эмоциональное напряжение в ситуациях общения, при решении бытовых и личных проблем, психосоматических изменениях имеет, как правило, отрицательную окраску, т.е. слепые испытывают чувство дискомфорта. В психологической литературе стрессы, сопровождаемые негативными переживаниями, получили название дистрессов.

Высокий уровень дистрессов у слепых бывает сопряжен со снижением уровня познавательных (когнитивных) процессов, неадекватным поведением, а их частое повторение затрудняет адаптацию слепого, расширяет круг стрессоров, ведет к закреплению негативных реакций, а в конечном итоге к появлению патологических черт личности. Переживаемые при дистрессе негативные эмоции (чувство отчужденности, ненужности, тревожности, обиды, виновности, несправедливости судьбы и т.п.) оказывают отрицательное влияние на деятельность вплоть до полной ее дезорганизации.

Наиболее отчетливо дистрессы наблюдаются при внезапной утрате зрения в зрелом возрасте, в этом случае происходит экстремальное изменение жизненной ситуации, окружающий мир как бы преобразовывается, становится чуждым, непонятым, полным опасностей. Появляется необходимость радикальной перестройки деятельности - когнитивной, ориентировочной, коммуникативной. Именно в последней чаще всего возникают стрессогенные ситуации в связи с неблагоприятным социально-психологическим положением слепого. В этих ситуациях эффективным способом преодоления депрессивных реакций является психокоррекционная индивидуальная и групповая работа, в частности, социально-психологический тренинг.

Эмоции, чувства и эмоциональные состояния имеют внешнее проявление в так называемых выразительных движениях: мимике, пантомимике и вокальной мимике (интонация и тембр голоса). В главах, посвященных вниманию и речи, уже отмечалось, что выразительные

движения при глубоких нарушениях зрения ослаблены, причем степень редуцированности мимики и пантомимики зависит от времени появления и степени расстройств зрения. Редуцированность этих движений достигает такой степени, что даже безусловнорефлекторные пантомимические выразительные движения, сопровождающие состояния горя, радости, гнева и др., проявляются у них в весьма ослабленном виде. Исключение составляют только оборонительные движения, сопровождающие переживание страха.

Разумеется, отсутствие или слабое проявление выразительных движений не может ни в коей мере служить показателем интенсивности эмоциональной жизни слепых, которая зависит, как уже отмечалось, от условий жизни и деятельности индивида, а также от его типологических особенностей.

Воля слепых

Человек - и это одна из его специфических особенностей - является субъектом волевого поведения. Морально воспитанная воля, будучи регулирующей стороной сознания, проявляется в способности человека совершать целенаправленные действия, преодолевая трудности. Отсюда понятна огромная значимость воли для человека вообще, а тем более для человека, имеющего дефект зрения и встречающего поэтому на своем пути неизмеримо большее количество трудностей, чем зрячий.

В дореволюционной тифлопсихологии был широко распространен взгляд, согласно которому безволие является характерологической чертой слепых. "Слепой поражает своей апатичностью, отсутствием воли, невозможностью пробудить его к деятельности" - писал выдающийся русский тифлопедагог А.И. Скребницкий. [Скребницкий А.И. Воспитание и обучение слепых и их признание на Западе. -СПб., 1903. С. 106]. Этому и аналогичным ему высказываниям давался ряд обоснований: во-первых, слепота препятствует активному участию в деятельности; во-вторых, чрезмерные трудности, испытываемые слепыми, приводят к отказу от решения намеченной задачи; в-третьих, ограниченные материальные, а тем более культурные потребности не стимулируют слепых к волевой деятельности.

С другой стороны, можно предположить, что наличие трудностей, с которыми ежечасно сталкивается слепой, должно упражнять и укреплять его волю. Именно на такой позиции находился Мольденгауэр, который писал: "...можно наблюдать, что усиленные препятствия, которые должен преодолевать слепой для достижения поставленной цели, приводят в действие всю его энергию, всю силу его воли и что таким путем его воля закаляется". [Цит. по кн.: Бюрклен К. Психология слепых. - М., 1934, С. 231].

Это сложное взаимодействие причин, с одной стороны, тормозящих, а с другой - стимулирующих развитие воли, обуславливало отмечавшиеся тифлологами резкие индивидуальные различия слепых в данной сфере психики. Действительно, среди слепых можно встретить людей, обладающих замечательными волевыми качествами, и наряду с этим наблюдать такие дефекты воли как импульсивность поведения, внушаемость, упрямство, негативизм. Особо сложные и труднокорректируемые дефекты волевой сферы наблюдаются у лиц, потерявших зрение в результате перенесенных черепно-мозговых заболеваний. В этих случаях дефекты воли часто имеют патологический характер (абулия, резко выраженный негативизм и т.д.).

Резкие, иногда полярно противоположные индивидуальные различия в волевой сфере слепых связаны в первую очередь с условиями семейного и школьного воспитания. Включение ребенка в игровую, а затем учебную и трудовую деятельность, упражнения в волевых поступках, формирование нравственности как основы морально воспитанной воли и другие общие для слепых и зрячих условия формирования волевых свойств личности, а также самовоспитание позволяют преодолеть возникающие при слепоте и препятствующие развитию воли условия.

Таким образом, отмеченные К. Бюркленом индивидуальные различия слепых в волевой сфере являются следствием не слепоты, а воспитания.

Воспитание воли в специальной школе является необходимым и одним из важнейших компонентов учебно-воспитательной работы, так как только при наличии высокоразвитых волевых свойств (самостоятельность, целеустремленность, настойчивость и т. п.) слепой может преодолеть болезненные реакции на слепоту и возникающие перед ним многочисленные трудности в процессе познавательной, трудовой деятельности, в быту и стать полноценным членом общества.

1.2.5. Особенности общения и межличностных отношений при слепоте с слабовидением

Особенности общения незрячих и слабовидящих

Общение является непременным условием развития психики, социализации ребенка с нарушенным зрением и ресоциализации ослепшего взрослого.

При нарушениях зрения роль общения возрастает, так как оно дополнительно берет на себя компенсаторную функцию. Одновременно использование языка как средства общения при слепоте наталкивается на определенные трудности, к ним относятся трудности анализа ситуации речевого общения и невозможность или сложность восприятия

невербальных средств общения, характеристики партнеров, расстояния между ними, места общения и т.п.

Важную роль в общении играет обратная связь. Полное выключение или серьезное ограничение пропускной способности зрительного канала отрицательно влияет на взаимодействие партнеров по общению.

Сокращение или отсутствие возможности зрительно воспринимать и непосредственно подражать внешним выразительным движениям окружающих отрицательно сказывается на понимании ситуативной, сопровождаемой мимикой и пантомимикой устной речи. С одной стороны, слепой не воспринимает массу мимических движений и жестов, придающих одним и тем же высказываниям самые различные оттенки и значения, с другой стороны, не пользуясь в своей речи этими средствами, слепой человек существенно обедняет свою речь, она становится маловыразительной.

Наиболее тесно со временем и степенью потери зрения связаны изнеязыковых средств общения мимика и пантомимика. При врожденной и рано возникшей слепоте страдают как инстинктивные, так и прижизненно формирующиеся социальные выразительные движения. Последние у данной категории слепых вообще отсутствуют, а инстинктивные мимические движения (например, сопровождающие смех и плач) оказываются слабо выраженными.

В процессе общения выделяют три специфические ситуации: 1) зрячий - слепой, 2) слепой - зрячий, 3) слепой - слепой.

1. Зрячий – слепой. Затруднения, которые возникают в первом случае, связаны, главным образом, с тем, что зрячий партнер, не учитывая возможностей слепого, широко использует невербальные средства общения (мимика, пантомимика, интонация); создавая тем самым дефицит понимания со стороны незрячего партнера. Правда, слепые достаточно тонко реагируют на особенности темпа, тембра, оттенка голоса. Тем не менее, слух не может полностью компенсировать отсутствующую зрительную информацию, и ее дефицит в ряде случаев влечет за собой конфликты, отказы от общения со зрячими, формирование установки на избегание последних. Отсюда следует, что при общении со слепыми зрячие должны максимально полно отражать в речи ситуативную ситуацию, избегать утверждающих (отрицающих), указующих, изобразительных и символических жестов, правильно оформлять речь интонационно.

2. Слепой – зрячий. Во втором случае контакт между партнерами также оказывается затрудненным в силу того, что речь слепых бедна интонационно, почти не сопровождается выразительными движениями, особенно мимическими. Точно так же как зрячий, частично лишенный возможности судить о реакциях слепого на обращенные к нему высказывания из-за маскообразного выражения лица, ничего не

выражающих или отсутствующих глаз, так и слепой, не видя лица партнера, испытывает дефицит обратной связи.

Стратегия зрячего партнера в ходе общения должна в этом случае заключаться в постоянном поддержании разговора, использовании различного рода восклицаний, реплик, разъясняющих ситуацию, тактильном контакте и т.д.

3. Слепой – слепой. В последнем варианте (общение инвалидов по зрению между собой) указанные недостатки и трудности речевой деятельности проявляются особенно рельефно, поэтому в ходе реабилитационной работы важно воспитывать культуру речевого поведения, вооружать инвалидов по зрению способами общения.

При спонтанном развитии общения слепота провоцирует ряд особенностей, которые заключаются: в ограничении контактов, в нарушении понимания смысла речи из-за невозможности (ограниченности) восприятия ее невербальных компонентов и ситуации, в затруднениях, связанных с незнанием участников разговора, их месторасположения и удаленности, в изменении (сокращение или чрезмерная развернутость) объема речевой продукции, в отсутствии или ограниченности использования мимики и жестикуляции и другие.

Затруднения в общении связаны также с чисто психологическими причинами. Ограничение контактов у слепых в основном обусловлено установкой на избегание зрячих (следствие негативного опыта общения), аутизацией личности на почве затянувшейся после утраты зрения депрессии, неадекватных представлениях об отношении к ним как людям «второго сорта» со стороны зрячих, жестком делении общества на «мы» (слепые) и «они» (зрячие).

Объективности ради следует указать, что представления значительной части зрячих о слепых и их возможностях, особенностях их душевной жизни, так же как и уровень понимания и характер отношения далеко не всегда способствуют процессу общения и установлению взаимопонимания. Все это еще раз подтверждает, что интеграция инвалидов в обществе зрячих зависит не только и даже не столько от слепых, сколько от самого общества.

Резюмируя сказанное, еще раз подчеркнем необходимость целенаправленного, управляемого тифлопедагогом процесса формирования умений и навыков речевой деятельности, культуры общения, которое знаменитый писатель Сент-Экзюпери считал самой большой роскошью, которая доступна человеку.

Социальная перцепция и установки на общение.

В социально-психологическом плане важнейшими качествами личности являются способность устанавливать социальные контакты, адекватно воспринимать и понимать партнеров по общению.

В работах социальных психологов, посвященных интерперсональной перцепции, утверждается, что первое впечатление о партнере по общению основано на визуальном восприятии. Визуальный образ, возникающий при первой встрече, оказывается исходным для понимания человеком человека. Именно со зрительного восприятия начинаются межличностные контакты, возникают симпатии и антипатии. От него зависит стремление к повторным встречам или уклонение от них.

Отсюда можно сделать вывод, что утрата или глубокое нарушение зрения, препятствующее видению лица партнера по общению и других его внешних качеств, восприятию мимических движений, выражения глаз и многих других визуально воспринимаемых признаков, затрудняют процесс общения. Слепой человек лишается важного канала, по которому поступает информация об окружающих.

В тифлологической литературе рассматриваются возможные пути компенсации последствий отсутствующего или глубоко нарушенного зрения.

Одни авторы склонны считать, что единственным средством восприятия слепыми партнеров по общению является слух (В.С. Сверлов и др.). По их мнению, голос собеседника и его особенности (тембр, громкость, высота), как и особенности речи (структура, лексика, темп, интонация), позволяют составить представление о физическом (возраст, рост, пол, комплекция) и психологическом (эмоциональное состояние, волевые и интеллектуальные черты характера и т.д.) облике воспринимаемого человека.

Другие авторы высказываются в пользу полисенсорного восприятия, то есть восприятия слепыми партнеров по общению при помощи ряда сохранных анализаторных систем (слуха, осязания, обоняния). Эта концепция хорошо подтверждается экспериментальными данными П.М. Залюбовского, показавшего, что при опознании людей слепые пользуются не только слухом, ориентируясь на голос или походку (в 80-90% случаев), но и обонянием (33%) и осязательной информацией (16% случаев).

Однако независимо от того, по каким каналам получает инвалид по зрению информацию, важнейшими остаются следующие вопросы: в какой степени зрение адекватно отражает сущность партнера по общению и в какой мере этот процесс нарушается при слепоте? Возможно ли правильное восприятие и понимание человеком человека при отсутствии зрения? Как зрячие воспринимают и понимают слепых? Какие факторы должен учитывать педагог, организуя общение нормально видящих школьников и школьников с нарушениями зрения?

Прежде всего отметим, что как при нормальном, так и при нарушенном зрении восприятие человека человеком осуществляется полисенсорно, то есть в нем участвуют зрение, слух, осязание и обоняние. Нетрудно представить себе ситуацию, когда положительное впечатление,

возникшее на основе зрительного восприятия, может быть сведено на нет, вплоть до возникновения антипатии. Речь идет о слуховом (неприятный тембр голоса, дефекты речи, осязательном (холодная, влажная рука, вялое рукопожатие) и обонятельном (неприятный запах) восприятии.

Следует подчеркнуть, что восприятие любой модальности - это субъективный образ объективного мира. Внешние воздействия преломляются в нашем сознании, их результаты во многом обусловлены субъективными особенностями внутреннего мира человека – его опытом, эмоциональным и типическим состоянием, готовностью к восприятию, установками и т.д.

Из сказанного следует, что восприятие человеком человека на основе зрения или какой-либо иной чувственной основе неизбежно несет в себе элементы субъективности и информация, получаемая таким образом, далеко не всегда отражает существенные признаки партнера по общению.

Очевидно, что никто не будет отрицать, что восприятие человеком человека при слепоте, существенно ограничивающей поток поступающей информации, затрудняет обратную связь, столь необходимую для общения. Но это не может принципиально изменить процесс социальной перцепции, лишить слепого человека возможности воспринимать окружающих его людей.

Для того, чтобы проникнуть во внутренний мир человека, раскрыть для себя его сущность, чувственно получаемая информация требует проверки в совместной деятельности. Только поступки, поведение человека в различных ситуациях раскрывают его сущность, позволяют понять и оценить его достоинства и недостатки. Поэтому именно поведение служит надежной основой межличностных контактов, тем более что в общей массе слепые, за исключением ослепших в зрелом возрасте, как правило, внешним обликом партнеров по общению (цветом волос, глаз и т.п.) не интересуются. Поэтому говорить о необходимости возмещения отсутствующих данных такого рода, видимо, нет смысла.

Наши исследования показали, что компенсация зрительной недостаточности в процессе межличностного познания происходит на основе изменения соотношения удельного веса оптической, акустической, тактильно-кинестезической и обонятельной систем отражения в формировании образа партнера по общению. Большое значение в процессе компенсации приобретает повышение роли речи, овладение на высоком уровне способами речевого поведения в различных ситуациях. Определяющее влияние на процесс компенсации в сфере социальной перцепции оказывает уровень развития самосознания личности, присущие ей установки в сфере межличностного общения, осознание своих индивидуальных особенностей, положения в системе межличностных отношений и учета их в процессе общения. Сензитивным периодом для становления социально-перцептивной компетентности является

подростковый возраст, когда деятельность общения, познания окружающих выступает в роли ведущей, определяющей весь ход личностного развития человека.

Выше уже была отмечена зависимость социальной перцепции от установок личности. Помимо общих для нормально видящих и инвалидов по зрению установок, слепота, а точнее, неудачные попытки общения со зрячими ведут к формированию у слепых неадекватной установки. Речь идет о том, что слепые избегают зрячих, стремятся уйти в свой внутренний мир, предпочитают контакты с себе подобными.

Следует помнить, что некоторые слепые избегают общения со зрячими из-за ложного чувства своей малоценности и очень часто имеющих еще, к сожалению, место неадекватных установок обычных людей по отношению к людям с нарушенным зрением. Отметим, что установка на то, чтобы избегать общения со зрячими, может быть следствием отсутствия навыков поведения в обществе и осознания своих косметических дефектов. Преодоление подобной установки, выработка правильного отношения к себе и своему дефекту, адекватной самооценки, использование всех сохранных анализаторных систем в процессе социальной перцепции и т.д. - предпосылки, которые обеспечивают слепому надежные и прочные социальные контакты.

Поскольку слепые живут в мире зрячих и должны общаться с ними, поскольку общение – процесс двусторонний, следует проанализировать особенности восприятия зрячими инвалидов по зрению. Такой анализ позволяет выделить специфические моменты, возникающие во время общения зрячих со слепыми, обусловленные как объективными, так и субъективными причинами.

Прежде всего нужно отметить, что инвалид по зрению, как и другие лица, имеющие визуально воспринимаемые дефекты, оказывается объектом чрезмерно пристального внимания со стороны зрячих. При отсутствии соответствующего воспитания это внимание проявляется в нетактичном (и ощущаемом) рассматривании слепого, постановке травмирующих его вопросов или в уклонении от общения.

Другим камнем преткновения являются объективные трудности, возникающие при попытке распознать по внешним признакам (например, выражению лица) внутреннее состояние слепого партнера по общению, установить его отношение к себе и своим высказываниям. Маскообразное выражение лица слепых, особенно слепорожденных, невидящие или закрытые темными очками глаза, отсутствие обычных при общении зрячих внешних выразительных движений затрудняют понимание зрячим слепого партнера по общению. Наконец, следует отметить, что у зрячих, так же как и у слепых, довольно часто формируются субъективные и неадекватные установки. Это либо негативная установка на избегание слепых, либо псевдоположительная установка, проявляющаяся в жалости к слепому,

стремлении взять его под опеку. И та и другая установка обусловлена самыми различными причинами, и прежде всего незнанием психологии слепых, их реальных возможностей, бытующими еще архаичными представлениями о слепых как несчастных, не приспособленных к жизни, неполноценных людях. Легкоранимые, тяжело переживающие свой дефект и тонко чувствующие отношение партнера по общению, люди с нарушениями зрения не остаются безразличными к подобным ситуациям, затрудняющим дальнейшие контакты, закрепляющим установку избегать общения со зрячими. Все это ведет к стремлению общаться преимущественно с товарищами по несчастью, к созданию микросоциума, состоящего из инвалидов по зрению, и в результате к уходу в свой внутренний мир, выпадению из жизни общества.

Реабилитационная работа со слепыми и слабовидящими может быть достаточно эффективной только при условии пропаганды тифлологических знаний среди находящихся в их ближайшем окружении зрячих, воспитании у них чуткого, тактичного, бережного отношения к инвалидам.

Резюмируя сказанное, можно утверждать, что целенаправленное формирование установки на общение, овладение, способами восприятия и понимания партнеров по социальным контактам позволяет существенно расширить сферу коммуникаций слепых и таким путем осуществлять их социально-психологическую адаптацию и социализацию.

Межличностные отношения при глубоких нарушениях зрения

В ходе совместной деятельности и общения люди объединяются в группы и коллективы. Члены групп и коллективов, будучи связаны общей деятельностью, взаимодействуют друг с другом, оказываются включенными в систему объективных отношений, отражением которых являются субъективные межличностные отношения.

Знание межличностных отношений необходимо педагогам и руководителям для успешного управления коллективом, налаживания нормальных межличностных отношений в нем, установления благоприятного социально-психологического климата.

Дефекты зрения нарушают взаимодействие человека со средой, в результате при врожденной или рано возникшей слепоте затрудняется установление социальных связей и отношений. У ослепших нарушаются уже сложившиеся связи. На это указывал еще Л.С. Выготский, говоривший, что основные и наиболее тяжелые последствия слепоты связаны с органическим дефектом лишь косвенно и являются в первую очередь следствием выпадения из коллектива, то есть нарушения социальных отношений.

Одним из важнейших аспектов этой проблемы является вопрос о взаимоотношениях, складывающихся между членами разных групп, в которых оказываются лица с нарушенным зрением. Ведь от характера таких взаимоотношений во многом зависит психологическое состояние личности, ее отношение к учебной, трудовой и общественной деятельности, к другим людям, к самому себе.

Дефекты зрения в зависимости от времени их появления и глубины могут в той или иной мере обуславливать возникновение условий, препятствующих формированию или проявлению активной жизненной позиции, установлению дружеских и деловых отношений с окружающими.

Но в гораздо большей мере положение слепых на протяжении многих веков определялось отношением к ним общества, которое стремилось изолировать инвалидов, выключить их из общественной жизни. В дальнейшем на смену филантропическому характеру воспитания и призрения слепых приходит система, основанная на новых принципах. Слепые наряду с получением обязательной общеобразовательной подготовки стали включаться в общественно полезную трудовую деятельность, что создало благоприятные условия для всестороннего развития их личности.

Однако следует отметить, что в организации коллективов специализированных учреждений для слепых и слабовидящих (детские сады, специальные школы, учебно-производственные комбинаты), наряду с большими возможностями создания оптимальных условий для развития и деятельности, имеются и определенные негативные стороны. В конце XX века в нашей стране были созданы для инвалидов по зрению максимально комфортные условия быта и труда, что вело в ряде случаев к образованию своего рода резерватов, на территории которых размещались комплексы для обучения и воспитания, производственные объекты, службы культуры и быта, жилые дома. Разумеется, это не способствовало интеграции инвалидов по зрению в общество, затрудняло межличностные отношения между ними и нормально видящими. Очевидно, что для оптимизации упомянутых отношений следует расширять взаимодействие слепых и слабовидящих детей и взрослых с нормально видящими при условии обязательной подготовки к контактам такого рода как тех, так и других.

В тифлопсихологии проводилось изучение межличностных отношений внутри коллективов специализированных учреждений. Первоначально в дошкольном и младшем школьном возрасте межличностные отношения между слепыми и слабовидящими в группах и коллективах складываются своеобразно и оказываются зависимыми от состояния зрения. Социометрические исследования показывают, что в наиболее неблагоприятном статусном положении оказываются тотально слепые. Это объясняется их меньшей мобильностью и активностью, меньшей коммуникабельностью и проявляется в том, что они получают

наименьшее количество выборов, оказываясь в положении «отвергаемых» или «изолированных». Правда, их неблагоприятное положение в значительной мере смягчается тем, что мотивы выборов в младшем возрасте во многом зависят от мнения учителя, который, зная об этом, может управлять процессом становления коллектива, распределения в нем социальных ролей, создания благоприятного психологического климата.

В среднем и старшем школьном возрасте зависимости межличностных отношений от состояния зрения уже не наблюдается, что можно объяснить, во-первых, относительной однородностью коллектива (у всех школьников имеется патология зрения) и, во-вторых, тем, что в это время изменяются ценностные ориентации и на первый план выступают морально-волевые и интеллектуальные качества членов коллектива. А конечный результат формирования этих качеств, как мы уже видели, от состояния зрительных функции не зависит.

Социально-психологические последствия дефектов зрения проявляются наиболее отчетливо тогда, когда инвалид по зрению попадает в смешанный коллектив, где трудятся или учатся слепые и зрячие (например, на учебно-производственных предприятиях). В этих новых для слепого условиях возникают затруднения в деловом и свободном общении. Слепые становятся людьми замкнутыми, уходящими от контактов со зрячими, ориентированными на свой внутренний мир.

В смешанном коллективе слепые часто занимают позиции изоляции, крайней зависимости от зрячих, активности под нажимом, отказа от борьбы с трудностями. Очевидно, что подобные позиции есть следствие недостаточной работы специальной школы по подготовке слепых к самостоятельной жизни и мире зрячих. Это подтверждается тем, что отношение взрослых слепых к социальной компенсации, к самим себе и зрячим, к труду часто оказываются зависимыми от состояния и времени нарушения зрения, возраста и других факторов.

Кроме того, неблагоприятное влияние на установление положительных межличностных отношений в смешанных коллективах оказывают испытываемые слепыми трудности социальной перцепции. Невозможность или ограниченность визуального восприятия и ориентация на голос, особенности речи, осязательное восприятие зачастую не дают слепому достаточного знания о партнере по общению. Это обстоятельство может усугубляться неадекватными установками зрячих по отношению к слепым, обусловленными косметическими дефектами последних, незнанием их психологических особенностей, непониманием.

Социально-психологические исследования показывают, что становление межличностных отношений между слепыми и зрячими подчиняется общим закономерностям, однако на этот процесс влияют и острота зрения, и время утраты зрения, и стаж слепоты. В результате характерной особенностью системы межличностных отношений в

смешанных коллективах является широкое распространение индифферентного отношения слепых друг к другу и к зрячим. В силу этого в статусной структуре коллектива наиболее распространены категории лиц, находящихся в нейтральном или изолированном положении. Это свидетельствует о недостаточной сформированности и сплоченности коллектива.

Невысокими оказываются уровень взаимности выборов, объективные показатели удовлетворенности во взаимоотношениях. Нередко в ходе социометрического исследования слепые отказываются делать выбор или мотивировать его. Все это обусловлено прежде всего недостатками в организации жизнедеятельности слепых в коллективе.

Эффективное управление процессами развития межличностных отношений слепых в коллективе возможно только при наличии у его руководителей объективных данных о характере таких взаимоотношений. Между тем они часто не имеют достаточно точного представления о реальном положении того или иного члена коллектива в системе его взаимоотношений с другими. Отсюда очевидна необходимость целенаправленного и углубленного изучения организаторами коллективной деятельности слепых системы взаимоотношений в коллективе. Такое изучение дает возможность сплотить коллектив, сблизить неофициальную и официальную структуры межличностных отношений, создать благоприятный психологический климат.

При надлежащей постановке воспитательной и реабилитационной работы специфические особенности коллективов, в которых учатся или работают инвалиды по зрению, отступают на задний план, уступая место общепсихологическим и социальным закономерностям формирования коллектива. В результате такой коллектив может достичь самого высокого уровня развития, а инвалид по зрению - осуществлять в нем функции лидера.

Социально-психологическая реабилитация лиц с нарушением зрения

Реабилитация – система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате работоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду. Реабилитация представляет сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создается активное отношение к нарушению здоровья и восстанавливается положительное отношение к жизни, семье и обществу. Главная цель реабилитации – не допустить превращения личности инвалида в инвалидную личность.

Психологическая реабилитация – использование психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий с целью смягчения кризисных переживаний личности, формирования адекватной самооценки и позитивного самососприятия, расширения представлений о жизненной перспективе, формирования общественно-полезных установок, способствующих успешной реабилитации, личностному росту клиента, адаптации в социуме. Поэтому реабилитация представляет собой попытку воздействовать на компенсаторные механизмы личности.

Существует значительное количество психологических технологий, которые могут быть использованы с целью социально-психологической реабилитации школьников с нарушениями зрения. Остановимся на некоторых из них, апробированных в процессе нашей практической работы.

Технология социально-психологического тренинга. Социально-психологический тренинг интенсифицирует процесс социального познания, активизирует межличностное восприятие, способствует выработке навыков общения и взаимодействия. Все эти задачи тесно связаны с процессом компенсации зрительной недостаточности в сфере общения. Несколько проведенных нами циклов тренинговых занятий с подростками с нарушениями зрения существенно отличались по темам и направленности и были реализованы на разных возрастных этапах. Цикл занятий «Кто мы такие?» разработан для учащихся 5-х классов. Основным содержанием данного цикла было расширение представлений о себе и одноклассниках у младших подростков с нарушениями зрения. Главным отличительным признаком цикла занятий «Я и мы» с учащимися 6-х классов была добровольность участия в них подростков из разных классов, тем самым была создана тренинговая группа. Тематически занятия были построены вокруг содержания центральной ролевой игры, позволяющей отработать навыки понимания партнера по общению в различных типичных ситуациях. Например, общение с одноклассниками, педагогами в школе; общение с друзьями и приятелями; общение с родителями; общение на приеме у врача; общение с библиотекарем, продавцом, почтальоном и т.д. Как правило, сюжет ролевой игры носил проблемный характер, когда моделировалась ситуация непонимания друг друга партнерами по общению. Подросткам необходимо было разыграть типичные для них формы общения в той или иной проблемной ситуации, а также показать нестандартное поведение в этой же ситуации. Затем обсуждались различные варианты, предложенные участниками, актуализировались способы установления взаимопонимания. В ходе участия в таких ролевых играх и творческих этюдах подростки осознавали некоторые собственные качества, затрудняющие понимание ими и их партнерами по общению. Цикл занятий «Я и другие», проводившийся с семиклассниками в большей степени был направлен на осознание причин

затруднений в сфере общения и отработку навыков, помогающих преодолеть имеющиеся трудности. Участники актуализировали базовые навыки общения, выделяли вербальные и невербальные средства общения, устанавливали «зоны психологического комфорта» для себя и для собеседника, знакомились с понятием активного слушания, выделяли признаки хорошего и плохого умения слушать друг друга, знакомились с понятиями «уверенность в себе», «неуверенность», «агрессивность», учились различению демонстрируемыми другими агрессивного, неуверенного и уверенного поведения, выделению ситуаций, при которых чаще всего испытывают неуверенность в себе, знакомились с понятием манипулирования и группового давления, осознавали ситуации, когда нужно уметь сопротивляться групповому давлению, отработывали навыки уверенного реагирования на критику. Главным «событием» данного тренинга становились ситуации самораскрытия и самопонимания подростков. В основе ролевых игр и упражнений лежали ситуации, связанные с субъективно «трудными» ситуациями для подростков: как познакомиться с представителем противоположного пола, как понравиться, как оказывать знаки внимания, как дружить, как не ссориться со взрослыми и т.п. Коррекционно-развивающая работа психолога подкреплялась в различных формах учебной, художественно-творческой, досуговой и бытовой деятельности учащихся, реализуемых при участии педагогов школы-интерната. В результате участия подростков в тренинговых занятиях произошли позитивные изменения в уровне самооценки, владении навыками понимания себя и других, уверенности в себе, снижении уровня конфликтности и др.

Не менее эффективными были занятия с использованием методики анализа кинопроизведений. Целью занятий являлось развитие социальной компетентности у младших подростков с нарушениями зрения. Мы предполагали, что обсуждение кинопроизведений, проведенное по определенному плану, будет способствовать повышению отдельных параметров социальной компетентности: повышению интереса к общению и принятию ответственности за собственные поступки.

С учетом возрастных особенностей младших подростков нами были сформулированы цели обсуждения фильмов в группе: эмоциональное отреагирование участниками актуальных на данный момент жизни чувств и переживаний, осознание и переосмысление своих целей и потребностей, действий, чувств, важных для построения собственной жизни, развитие способности анализировать ситуации и быть честным перед самим собой в чувствах и поступках, чтобы самому управлять своей жизнью, развитие способности к сопереживанию, формирование позитивного мышления, развитие социально-перцептивной компетентности, понимания чувств, мыслей, поступков других людей.

Для обсуждения были использованы художественный фильм «Чучело» (СССР, 1983), а так же мультфильмы: «Алеша Попович и Тугарин змей» (Россия, 2004), «Побег из курятника» (Великобритания, 2000), «Мадагаскар» (США, 2005), «Ледниковый период» (США, 2002).

Адаптация методики проводилась по следующим направлениям: учет зрительной нагрузки; тщательный отбор материала с учетом жизненной ситуации и зрительного дефекта; информирование родителей, классного руководителя, воспитателя о целях и задачах программы; методике ее проведения.

В соответствии с избранными фильмами выстраивались и темы для обсуждения. Наиболее значимыми в просматриваемых кинопроизведениях были темы: «Русский характер», «Патриотизм», «Дружба», «Слова и поступки», «Свобода», «Жизнь в закрытом изолированном коллективе», «Трудности адаптации к изменившимся условиям», «Особенности личности и толерантность», «Индивидуальность», «Дружба и предательство», «Взросление», «Ответственность», «Выбор», «Ценности личности», «Прощение».

Чтобы определить степень эффективности адаптированной нами методики анализа кинопроизведений для повышения уровня социальной компетентности младших подростков с нарушениями зрения, было проведено специальное исследование, которое позволило сделать выводы о повышении коммуникативного потенциала в группе в целом и у отдельных школьников, а также о тенденциях изменения вида и направленности реакции детей в потенциально конфликтных ситуациях. По итогам применения методики анализа кинопроизведений было установлено с одной стороны, нарастание критичности детей к своим коммуникативным умениям и навыкам, а с другой стороны, повышение избирательного интереса к собеседнику, а, следовательно, и удовлетворенности результатами общения. Типичные модели поведения подростков в конфликтных ситуациях дополнились стремлением к принятию ответственности на себя и поиском самостоятельного разрешения ситуации (Гусейнова С.В., Коновалова М.Д.).

Психотерапевтический потенциал артерепевтических технологий, по нашему мнению, еще не до конца раскрыт по отношению к школьникам с нарушениями зрения, воспитывающимися в закрытых интернатных учреждениях. В нашей практике имеется опыт использования танцевально-дигательной терапии для снижения уровня тревожности нормализации эмоционально-волевой сферы школьников с нарушениями зрения, разработка оригинальной методики развития изобразительной деятельности незрячих детей (См. Гусева Г.Б.).

Несомненным психокоррекционным потенциалом обладает и технология куклотерапии. Традиционно под куклотерапией понимается раздел частной психотерапии, использующий в качестве основного приема

психокоррекционного воздействия куклу как промежуточный объект взаимодействия ребенка и взрослого. Онтогенетические принципы детской психиатрии (Сухарева Г.Е., Ушаков Г.К., Ковалев В.В.) и психологии (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Лебединский В.В.) обуславливают ориентацию куклотерапии на тот факт, что познавая реальный мир в его социальных связях и отношениях и будучи ограниченным в возможностях непосредственного включения себя в эти структуры, ребенок активно проецирует воспринимаемый опыт в специфическую игровую ситуацию. Рассматривая такое понимание куклотерапии следует отметить, что ее применение при нормальном зрении рекомендуется в работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста. Однако при нарушенном зрении ситуация ограничения включения в реальные ситуации социального взаимодействия сохраняется значительно дольше, вплоть до юношеского возраста, а следовательно, дольше сохраняется и потребность в проецировании имеющегося опыта в игровую ситуацию. Безопасным объектом социальной проекции, обеспечивающей ребенку и подростку возможность самовыражения, накопления социального опыта и его коррекции, являются куклы.

По мнению специалистов, целью клинически ориентированной куклотерапии является ликвидация болезненных переживаний, укрепление психического здоровья и улучшение социальной адаптации за счет гармонизации процесса созревания личности, развития самосознания (самопознания, самооценки, саморегуляции), разрешения интра- и интерпсональных конфликтов в условиях групповой творческой деятельности (Н.И. Шевандрин, И.Я. Медведева, Т.Л. Шишова). Необходимость клинического подхода в оказании психологической помощи детям и подросткам с нарушениями зрения связано со значительно большим распространением среди них пограничных нервно-психических расстройств, невротических состояний, формирования акцентуированных личностных черт (Корнилова И.Г.). Однако психокоррекционный и развивающий потенциал куклотерапии представляется нам более обширным.

Во-первых, это приобщение к одному из древних видов искусства – кукольному театру, знакомство с символикой, атрибутикой и жанровыми особенностями этого театра, существенно расширяют кругозор и эрудицию учащихся с нарушениями зрения. Разнообразие систем кукол, вариативность их размеров, изменение условий освещения и контрастности и насыщенности цвета создают условия для зрительного восприятия при весьма значительном снижении остроты зрения. Куклы доступны также и для осязательного восприятия незрячими.

Во-вторых, в процессе занятий происходит уточнение проблем личностного и социального развития. Психолог, наблюдая за поведением ребенка во время разыгрывания этюдов, свободного общения с

участниками группы, а также в специально смоделированной фрустрирующей ситуации получает объективный материал для личностной диагностики, оценки индивидуальных особенностей.

В-третьих, предусмотренное системой занятий многократное повторение ролевых действий от имени персонажей, снижает тревожность при столкновении с психотравмирующей ситуацией сначала в игровом плане, а затем и в реальности. Подбор и чередование ситуаций для проигрывания помогает расширить ролевой репертуар действий и поступков. В игровом взаимодействии незрячий или слабовидящий подросток имеет возможность познакомиться с такими социальными ролями, которые малодоступны им в жизни. Смена роли, модификация ролевого поведения персонажа при изменении сценария помогает отойти от поведенческих стереотипов и повысить адекватность реагирования на реальные изменяющиеся условия. При участии в занятиях подростков возможно обсуждение эффективных и неэффективных поведенческих моделей, их положительных или отрицательных последствий, т.е. закрепление адекватных поведенческих моделей на сознательном уровне.

Четвертый аспект куклотерапии связан с развитием взаимодействия внутри творческого коллектива, организованного для постановки спектакля. Как правило, этот разновозрастный коллектив создает предпосылки для приобретения навыков неформальной коммуникации и сотрудничества, для стимулирования социальной зрелости.

И, наконец, воспитательный аспект куклотерапии. Воспитанию чувств посвящены многие произведения, знакомство с которыми и вживание в образы героев в процессе инсценировки формируют доброту, ответственность, сочувствие, жалость, чувство справедливости. Подбор произведений для инсценировок производится психологом. Существуют пьесы, специально написанные для «лечебных» целей, возможно использование классических произведений.

В заключении следует отметить, что представленные психологические технологии могут быть существенно расширены и с успехом применены в обогащении социального опыта школьников с нарушениями зрения.

Список литературы

- Литвак А.Г.* Психология слепых и слабовидящих. СПб.: Изд-во КАРО, 2007.
- Солнцева Л.И.* Психология детей с нарушением зрения (детская тифлопсихология). М.: Классикс Стиль, 2006
- Солнцева Л.И.* Слепые и слабовидящие дети со сниженной умственной работоспособностью. - М.: Институт коррекционной педагогики. РАО, 1998
- Сорокин В.М.* Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: Речь, 2003

1.3. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ

С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

1.3.2. Умственная отсталость: понятие, этиология, систематика

Умственная отсталость – это стойкое необратимое нарушение психического, в первую очередь интеллектуального развития, связанное с органически обусловленным недоразвитием либо ранним повреждением головного мозга. К существенным признакам понятия «умственная отсталость» относятся: 1) органическая обусловленность нарушений психического развития; 2) стойкость нарушений, их необратимость к норме; 3) нарушение преимущественно познавательной деятельности. Ведущим расстройством в клинико-психологической картине умственной отсталости является выраженная недостаточность познавательной деятельности. Она обусловлена как низкой способностью к мышлению – процессам обобщения и абстрагирования, так и нарушением темпа, подвижности психических процессов, недостаточностью памяти, внимания, речи.

Умственная отсталость имеет различную этиологию. Она может быть обусловлена генетическими поражениями центральной нервной системы, внутриутробными патогенными влияниями, травмой и асфиксией во время родов, воздействием на мозг ребенка инфекций, интоксикаций, травм и других вредоносных факторов в раннем периоде постнатального развития.

Клиническая характеристика основных форм умственной отсталости тесно связана с патогенезом поражения, временем воздействия вредности. При поражении центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза (до 1,5-2-х лет) в первую очередь будет страдать формирование корковых систем, наиболее молодых в фило- и онтогенезе. В морфологической картине поражения и в клинических проявлениях психического дефекта доминируют явления недоразвития. В этих случаях речь будет идти о различных вариантах олигофрении. При воздействии вредности в более старшем возрасте, в период относительной зрелости корковых систем головного мозга, в морфологической и клинической картине поражения нервной системы доминируют явления повреждения. В этих случаях речь идет о различных видах деменции.

С 90-х гг. XX века в России стали пользоваться международной классификацией умственной отсталости. На основании Международной классификации болезней 10 пересмотра выделяют четыре степени умственной отсталости: легкую, умеренную, тяжелую и глубокую.

Степень умственной отсталости определяется в соответствии с коэффициентом интеллекта (IQ). По данным зарубежных психологов, при легкой умственной отсталости IQ равен 70, при умеренной - находится в диапазоне от 70 до 50, при тяжелой – в диапазоне от 50 до 25, при глубокой – от 25 до 0.

Олигофрения как одна из форм умственной отсталости

В медицине термин «олигофрения» (малоумие) объединяет сборную группу болезненных состояний, клиническую картину которых характеризуют следующие основные проявления:

- 1) явления необратимого общего психического недоразвития;
- 2) преобладание в структуре интеллектуального дефекта слабости абстрактного мышления;
- 3) отсутствие прогредиентности.

В специальной психологии олигофрению определяют как стойкое недоразвитие сложных форм психической деятельности, которое возникает в результате повреждения зародыша, либо вследствие поражения центральной нервной системы на различных этапах внутриутробного развития плода, либо в самом раннем периоде жизни ребенка. Олигофрения может носить наследственный, врожденный или приобретенный характер.

Причины олигофрении различны. По этиологическому признаку выделяют две группы олигофрении: обусловленная эндогенными (генетическими) факторами, связанными с наследственной патологией, либо уже имеющейся в семье, либо впервые возникшей у данного индивида; обусловленная экзогенными факторами (инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы, действующие на ранних этапах внутриутробного и постнатального онтогенеза).

Общие закономерности психического развития при олигофрении

Особенность аномалии при олигофрении состоит в превалировании явлений общего необратимого недоразвития церебральных структур с преимущественным нарушением онтогенеза наиболее сложных и поздно формирующихся корковых систем, в первую очередь лобной коры. Эти особенности патогенеза являются определяющими для понимания клинико-психологической структуры дефекта, основу которой составляют два фактора: тотальность и иерархичность недоразвития мозга и организма в целом. Тотальность проявляется, прежде всего, в недоразвитии всех психических функций, начиная от низших (моторика, элементарные эмоции) и кончая высшими, специфически человеческими, обеспечивающими познавательные процессы.

Недоразвитие способности к познавательной деятельности при олигофрении связано со слабостью логического мышления, замедленностью темпа психических процессов, их подвижности, переключаемости, недостаточностью восприятия, моторики, памяти, внимания, речи, несформированностью эмоциональной сферы и личности в целом.

Недостаточность логического мышления проявляется, прежде всего, в слабой способности к обобщению, в трудностях понимания любого явления. Понимание переносного смысла совсем или почти недоступно. Ведущим в познавательной деятельности является установление частных, конкретных связей. Предметно-практическое мышление также носит ограниченный характер. Сравнение предметов и явлений осуществляется по внешним признакам.

Недоразвитие высших форм познавательной деятельности оказывает отрицательное влияние на формирование речи. Степень ее недостаточности большей частью соответствует тяжести интеллектуального дефекта. Страдает понимание смысла слов. Словесные определения, не связанные с конкретной ситуацией, не усваиваются или усваиваются с трудом. Запас слов, особенно, активный словарь ограничен. Фразы бедны, содержат мало прилагательных, предлогов, союзов. Страдает грамматический строй речи. Часты дефекты произношения.

Одна из основных особенностей общего недоразвития при олигофрении – инертность психических процессов. Темп мышления замедлен, тугоподвижен. Затруднена переключаемость с одного вида деятельности на другой. Характерна слабость произвольного внимания, внимание плохо фиксируется, легко рассеивается.

Типична недостаточность памяти как в отношении запоминания, так и воспроизведения. Усвоение нового происходит медленно, после многократного повторения.

Хотя первичные поражения органов чувств при олигофрении большей частью отсутствуют, восприятие отличается бедностью, слабой избирательностью и недостаточно полно отражает окружающую действительность.

Характерно и недоразвитие эмоционально-волевой сферы. Типичны малая дифференцированность и однообразие эмоций, бедность либо отсутствие оттенков переживаний, слабость побуждений и борьбы мотивов, эмоциональные реакции в основном на непосредственно воздействующие раздражители. Недоразвитие эмоциональной сферы усугубляет общую косность психики, слабую психическую активность, недостаточность интереса к окружающему, отсутствие инициативы, самостоятельности. В то же время неспособность подавлять аффект либо влечения часто проявляется в склонности к импульсивности, интенсивной аффективной реакции (бурные вспышки гнева, агрессивные разряды) по

незначительному поводу.

Недоразвитие моторики отмечается и при отсутствии первичного поражения двигательной сферы. Наряду с бедностью, однообразием, угловатостью, неритмичностью и замедленностью движений часто наблюдается их бесцельность, общее двигательное беспокойство и наличие синкинезий.

Уровень деятельности больных олигофренией часто связан в первую очередь со степенью интеллектуального дефекта и особенностями эмоционально-волевой сферы. При легкой степени олигофрении имеется способность к овладению простыми трудовыми навыками, достаточная адаптация к практически несложным и привычным жизненным ситуациям. В тяжелых случаях олигофрении о деятельности можно говорить лишь условно, в плане реализации инстинктивных потребностей.

Иерархичность психического недоразвития является вторым важнейшим признаком олигофрении. Она выражается в том, что при отсутствии осложненности олигофрении недостаточность восприятия, памяти, речи, эмоциональной сферы, моторики при прочих равных условиях всегда выражена меньше, чем недоразвитие мышления. При легкой степени олигофрении можно даже говорить о нередко встречающейся относительной сохранности отдельных психических функций. Недоразвитие же высших форм мышления составляет кардинальный, обязательный признак олигофрении.

Эта закономерность отражена и в самой структуре недостаточности каждой из психических функций. В конечном счете в восприятии, речи, памяти, внимании, эмоциональной сфере и даже моторики при олигофрении всегда более страдает уровень, связанный с функцией отвлечения и обобщения.

Наибольшее выражение это находит в недостаточности речи. Даже при сохранности грамматического строя и достаточном словарном запасе (например, при так называемых лобных формах олигофрении) в речи мало отражена функция обобщения. Пассивное внимание сохранно в большей степени, чем активное, целенаправленное. Механическая память может быть удовлетворительной, но всегда страдает память смысловая. Внешние признаки предметов запоминаются лучше. Запоминание же и воспроизведение явлений, элементы которых объединены внутренней связью, наиболее затруднено. В восприятии, значительно более сохранном, чем мышление, также всегда страдает наиболее сложный компонент, связанный с анализом и синтезом воспринимаемых явлений. И в эмоционально-волевой сфере выступает недоразвитие более сложных эмоций. Неадекватность эмоциональных реакций часто связана с неспособностью отделить главное от второстепенного, побочного. Отсутствуют либо очень слабы те переживания, которыми определяются интерес и побуждения к познавательной деятельности. Но в то же время

даже при выраженных степенях слабоумия нередко сохранены эмоции, связанные с элементарными потребностями, конкретной ситуацией, а также «симпатические» эмоции: проявления сочувствия к конкретным лицам, способность к переживанию обиды, стыда. То же касается и моторики. При недоразвитии способности к тонким и точным движениям, к выработке относительно сложных двигательных формул, быстрой смене моторных установок элементарные движения относительно более сохранены. Возможность их определенной дифференциации под влиянием обучения лежит в основе овладения рядом профессий.

При определенном параллелизме между уровнем интеллектуального недоразвития и нарушением практической деятельности при неосложненных и легких формах олигофрении последняя все же более сохранена, чем способность к мышлению. В работе, не требующей инициативы, самостоятельности, оперативности, больные олигофренией могут быть достаточно продуктивны и целенаправленны. Большая роль при этом принадлежит воспитанию, формирующему социальные мотивы трудовой деятельности.

Степени умственного недоразвития при олигофрении

По степени выраженности интеллектуального недоразвития олигофрения делится на три группы: дебильность, имбецильность и идиотия.

Дебильность – это наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма олигофрении. Дети с олигофренией в степени дебильности составляют основной контингент учащихся специальной (коррекционной) общеобразовательной школы VIII вида.

В диагностическом отношении эта форма иногда представляет определенные трудности, так как интеллектуальный дефект выражен негрубо. Имеются элементы способности к обобщению. В дошкольном возрасте присутствует примитивный замысел в игре, возможность ее простейшей организации; в школьном – определенная оценка конкретной ситуации, ориентация в простых практических вопросах. Имеются фразовая речь, часто неплохая механическая память. Все это способствует приобретению определенного запаса сведений, овладению навыками чтения, письма, счета, усвоению знаний, предусмотренных программой коррекционной школы VIII вида. При отсутствии осложняющих факторов обнаруживается достаточная старательность и работоспособность. Относительная сохранность эмоций, их более выраженная дифференцированность облегчают выработку самоконтроля. И, тем не менее, дебильности присущи все компоненты олигофренического недоразвития интеллекта.

Мышление имеет наглядно-образный характер. Подлинное

образование понятий оказывается недоступным. Очень слаба способность к отвлечению и обобщению. Плохо понимается смысл прочитанного. Правильно воспринимая предметы и их изображения, дети, страдающие дебильностью, затрудняются в их сравнении, установлении существующих между ними внутренних связей. При обучении счету дети с трудом усваивают понятие количественного содержания числа, смысл условных арифметических знаков, без предварительного разъяснения часто не понимают условие несложной задачи, при ее решении «застревают» на предшествующем способе действия.

Фразы примитивны, речь часто страдает аграмматизмами, косноязычием. Словесные определения, не связанные с конкретной ситуацией, воспринимаются медленно.

С интеллектуальным недоразвитием тесно связана незрелость личности. Отчетливо выступают несамостоятельность суждений и взглядов, отсутствие любознательности в игровой, познавательной и трудовой деятельности, слабость инициативы. При общей достаточной сохранности эмоциональной сферы нет сложных оттенков переживаний. Отмечается недостаточность тонких дифференцированных движений, выразительности мимики.

При правильном воспитании и обучении, своевременном привитии трудовых навыков, отсутствии нервно-психических расстройств, осложняющих интеллектуальный дефект, социальный прогноз этой формы олигофрении благоприятен. При выполнении работы, не требующей инициативы, самостоятельности и быстрой переключаемости, обнаруживается достаточная продуктивность. Наличие практической ориентировки, заинтересованности в своем жизнеустройстве способствует приобретению трудовых навыков и посильной социальной адаптации.

Имбецильность – более тяжелая степень слабоумия, чем дебильность. Специфика и выраженность олигофренического слабоумия выступают при имбецильности с большей отчетливостью. Это, прежде всего, проявляется в полной неспособности к отвлечению от конкретной ситуации, образованию даже элементарных понятий. Суждения крайне бедны и большей частью заимствованы от окружающих. Логические процессы находятся на очень низком уровне. Дети не в состоянии уловить основную идею прочитанного им рассказа, его содержание воспроизводят только по наводящим вопросам.

Недостаточность зрительного и слухового анализа и синтеза отчетливо проявляется в затруднениях при запоминании букв, сходных по написанию или звучанию, при слиянии звуков в слоги и слогов в слова. Чтение часто носит механический характер, понимание смысла прочитанного отсутствует. Возможно обучение порядковому счету в пределах первого десятка, механическое заучивание таблицы умножения. Отвлеченный счет, понятие о числе недоступны.

Запас слов мал, иногда ограничен названиями отдельных предметов. Речь маловыразительна, фразы короткие, аграмматичные. Нередко отмечается косноязычие.

Моторика малодифференцирована. Синкинезии, медлительность, вялость, неловкость движений усугубляют трудности овладения письмом, физическим трудом.

Для деятельности характерно отсутствие инициативы, самостоятельности, оперирование штампами, основанными на подражании. Доступны лишь те виды труда, которые состоят из стереотипного повторения одних и тех же заученных приемов. Интеллектуальная переработка собственного опыта отсутствует. Изменение рабочего или бытового шаблона вызывает состояние растерянности, поэтому приспособление к жизни и элементарным видам труда возможно лишь при наличии постоянной помощи, контроля и руководства. В то же время этим детям нередко присуща определенная наблюдательность в бытовых ситуациях. Есть способность к накоплению некоторого запаса сведений. Часто доступно понимание и произнесение элементарных фраз, установление различия между предметами на основе выделения их простейших признаков. Возможно обучение элементам чтения, письма, простого порядкового счета. Есть элементарные навыки самообслуживания.

Относительно сохранены простые непосредственные эмоции, а также и проявления сочувствия, стремление помочь, реакция на похвалу и порицание. Имеются зачатки самооценки: переживание своей физической слабости, моторной неловкости.

При отсутствии осложненности олигофрении дети и подростки, страдающие имбецильностью легкой и средней степени, часто способны овладеть элементарными видами физического труда (простыми картонажными работами, подбором по цвету и размеру несложных деталей для различных бытовых изделий и т.д.). При тяжелой степени имбецильности обучение даже простым видам производственного труда невозможно.

Идиотия представляет собой наиболее тяжелую степень олигофрении. Отмечается грубое недоразвитие функций восприятия. Реакция на окружающее слаба либо неадекватна. Сознание собственной личности смутно. Мышление по существу отсутствует (алогия).

В обращенной речи воспринимаются не смысл, а интонации и сопровождающие речь мимика и жесты. Особенности собственной речи зависят от глубины идиотии. Речь бывает ограничена отдельными нечленораздельными звуками или представляет собой набор единичных слов (существительных или глаголов, чаще в неопределенной форме), употребляемых без грамматических согласований, с грубым нарушением произношения, частым непониманием смысла.

Эмоции крайне элементарны и большей частью связаны с физическим самочувствием, физиологическими потребностями. Источником удовольствия и примитивных проявлений радости являются соматическое благополучие, ощущение сытости, тепла, удовлетворение патологических влечений (прожорливость, онанизм, сосание пальцев, жевание несъедобных предметов). Чувство неудовольствия вызывается ощущением холода, голода, боли, соматическим дискомфортом. Формы выражения аффекта примитивны: радость проявляется в двигательном возбуждении, выразительном крике и мимике; в состоянии злобы наблюдаются агрессия, склонность к самоповреждению. Аффект страха, проявления негативизма часто связаны с боязнью нового, неизвестного. Однако при более легких степенях идиотии у больных можно обнаружить зачатки социальных чувств: элементы привязанности к людям, которые их кормят и за ними ухаживают, проявления радости при похвале, смутного беспокойства при порицании. Общий фон настроения характеризуется либо благодушием с элементами эйфории, либо вялостью и апатией, реже злобностью и угрюмостью.

Недоразвитие моторики проявляется в крайней бедности мимики, однообразии и замедленности движений, нарушениях их координации вплоть до расстройств навыков стояния и ходьбы.

Деятельность по существу отсутствует. Нет навыков самообслуживания. Поведение ограничено либо действиями, связанными с реализацией инстинктивных потребностей, либо элементарными аффективными и двигательными реакциями на внешний раздражитель. Предоставленные себе, одни больные лежат или сидят, не реагируя на окружающее, другие беспокойны, бесцельно суетливы. Двигательные стереотипии имеют характер ритмического раскачивания туловища, однообразных движений головы, конечностей.

Формы олигофрении по классификации М.С. Певзнер

В классификации М.С. Певзнер наряду с характеристикой структуры основного интеллектуального дефекта дифференцирован ряд нейродинамических, психопатологических и других расстройств, осложняющих слабоумие и по-разному влияющих на нарушения работоспособности и познавательной деятельности в целом. Такой подход к систематике олигофрении явился продуктивным для целей дифференциации методов психолого-педагогической коррекции. М.С. Певзнер выделила следующие формы олигофрении: 1) неосложненная форма олигофрении; 2) олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамических процессов; 3) олигофрения с психопатоподобными формами поведения; 4) олигофрения с нарушениями различных анализаторов; 5) олигофрения с выраженной лобной недостаточностью.

Неосложненная форма олигофрении характеризуется уравновешенностью нервных процессов, отсутствием грубых поражений в пределах того или иного коркового анализатора, психомоторной расторможенности, церебральной астении, аффективных расстройств, патологии влечений, судорожных припадков. Работоспособность, уровень достижений в интеллектуальной и трудовой деятельности, личностные особенности коррелируют со степенью интеллектуального недоразвития.

Эти дети обычно спокойны, уравновешенны, дисциплинированы и трудолюбивы. При выполнении доступных им заданий достаточно внимательны и организованны. Они эмоционально привязаны к членам семьи, учителям, сверстникам. Как правило, охотно помогают по дому, радуются успехам в школе и огорчаются при неудачах. Им свойственно чувство застенчивости, стыда. Определенная сохранность эмоциональной сферы и личности в целом облегчает понимание ситуации, способствует ориентировке в окружающем, усвоению навыков поведения.

Следует, однако, отметить, что при легкой степени неосложненной олигофрении достаточная сохранность эмоциональной сферы и способность учитывать элементарную ситуацию нередко маскируют интеллектуальный дефект, и умственная отсталость диагностируется лишь при поступлении в массовую школу либо после безуспешного пребывания в ней в течение года или двух лет. В специальной школе дети с неосложненной формой олигофрении в степени дебильности при прочих равных условиях достаточно успешно овладевают предусмотренными программой знаниями, умениями и навыками.

При олигофрении, осложненной нейродинамическими расстройствами, интеллектуальное недоразвитие сочетается с явлениями психомоторной расторможенности (возбудимости) либо заторможенности (тормозимости). В первом случае интеллектуальная деятельность, работоспособность и психическое развитие в целом дополнительно страдают от двигательной расторможенности, импульсивности, отвлекаемости, аффективной неуравновешенности. Во втором случае интеллектуальное недоразвитие усугубляется двигательной заторможенностью, эмоциональной тормозимостью. Пониженная работоспособность этих детей бывает связана и с часто встречающимися церебральными расстройствами в виде быстрой истощаемости интеллектуальной продуктивности и эмоционального тонуса, головных болей, явлений вегетативной дистонии, неврозоподобных расстройств. Осложненность нейродинамическими расстройствами может наблюдаться при олигофрении различной этиологии. Наиболее часто она отмечается при олигофрении, связанной с родовой травмой и асфиксией, цепочкой перенесенных в раннем детстве тяжелых инфекций.

Возбудимые олигофрены беспокойны, расторможены, неусидчивы, часто отвлекаются. Они не обращают внимания на замечания взрослых,

непослушны, конфликтны. На занятиях работают неровно, чрезмерно торопливо. С удовольствием посещают мастерские, но делают все непродуманно, небрежно. У них часто бывают срывы в поведении, приводящие к неприятным последствиям. Этим учащимся необходима спокойная обстановка и смена видов деятельности. В процессе коррекционного обучения и воспитания, осуществляемого с учетом индивидуальных особенностей учащихся, возбудимые олигофрены становятся более уравновешенными и трудоспособными. Они социально адаптируются, однако временами конфликтуют с членами коллектива по мелким, незначительным поводам и могут проявлять недисциплинированность.

Заторможенные олигофрены отличаются вялостью, замедленностью, инертностью, которые обнаруживаются в их моторике, поведении, сниженной работоспособности. Им нужно много времени, чтобы организовать свою деятельность. Они не успевают за своими товарищами по классу. Торопить их бесполезно, так как у них свой темп работы. В мастерских они трудятся старательно, с определенной тщательностью, но замедленно. Прогноз на будущее у таких детей неплохой. Они вполне приемлемы для окружающих, неконфликтны, старательны. Однако от них нельзя требовать большой продуктивности.

К данному варианту олигофрении можно отнести и олигофрению, осложненную апатико-адинамическими расстройствами. В этих случаях речь идет о более грубых нарушениях подвижности психических процессов, сочетающихся со слабостью побуждений, общей психической, в том числе моторной, вялостью. Такой тип осложненности часто наблюдается при олигофрении на почве врожденной миксидемы, цереброэндокринных расстройств.

При олигофрении, осложненной психопатоподобными расстройствами, наблюдается сочетание психического недоразвития с явлениями выраженной аффективной возбудимости, расторможенности влечений (сексуальность, прожорливость, склонность к бродяжничеству, воровству и т.д.). У учащихся наблюдается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы, проявляется недоразвитие личностных качеств, снижение критичности к себе и окружающим. Этот вид осложненности наиболее типичен для олигофрении, обусловленной постнатальными поражениями (менингоэнцефалиты, менингиты, травмы) с вовлечением в болезненный процесс подкорковых образований.

При олигофрении, осложненной тяжелыми нарушениями функций лобных долей мозга, познавательная деятельность грубо страдает в связи с резким нарушением целенаправленности. У одних детей наблюдается вялость, пассивность, двигательная заторможенность, автоматическая подчиняемость. Другим свойственны импульсивность, расторможенность, суевливость, эйфорических фон настроения, постоянная отвлекаемость на

любые раздражители и побочные ассоциации. Своеобразие речи проявляется в сочетании ее внешнего богатства с непониманием смысла, штампами, резонерским и бездумным повторением чужих высказываний и предложений. Их речь бессодержательна, многословна, имеет подражательный характер. Характерно грубое недоразвитие личности, проявляющееся в нескритичности к себе и ситуации, отсутствие чувства смущения, обиды, страха и т.д.

При олигофрении, осложненной нарушениями в системе отдельных анализаторов, наряду с общим недоразвитием мозга отмечаются выраженные очаговые поражения. В этих случаях слабоумие сочетается с нарушениями зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата. Распространенность умственной отсталости среди неслышащих и слабослышащих составляет примерно 10%, среди невидящих и частично видящих их - около 20%. Наличие у ребенка сложного дефекта резко изменяет и затормаживает весь ход его развития, снижает возможности коррекции недостатков, существенно затрудняет организацию учебно-воспитательного процесса.

При олигофрении, осложненной тяжелым недоразвитием речевых систем, дефекты речи нередко маскируют первичное недоразвитие психики. Выполнение заданий по речевой инструкции, не подкрепленное наглядным показом, вызывает большие затруднения. Грубые искажения произносимых слов и звуков, затруднения в процессе звуко-буквенного анализа, смешение сходных по звучанию и написанию фонем препятствуют правильному написанию даже простых слов.

При олигофрении, осложненной тяжелым поражением либо недоразвитием моторных зон мозга, интеллектуальная недостаточность часто сочетается с явлениями церебрального паралича. Нарушения двигательных анализаторов придают своеобразие и интеллектуальному дефекту в виде выраженной недостаточности пространственного анализа и синтеза, затруднений при выполнении простых счетных операций.

Этиология олигофрении, при которой имеется сочетание общего психического недоразвития с поражением отдельных анализаторов, различна. Сюда относятся некоторые генетические формы, связанные с дефектами обмена, нарушения внутриутробного развития (например, при резус-конflikте), последствия родовых травм и ранних постнатальных поражений.

Деменция как одна из форм умственной отсталости

К числу основных форм умственной отсталости относится деменция. Деменция определяется как стойкое ослабление познавательной деятельности, снижение критики, памяти, уплощение эмоций.

В отличие от олигофрении деменция возникает на более поздних

этапах онтогенетического развития (после 2-3 лет), в период относительной зрелости корковых систем головного мозга, поэтому в морфологической и клинической картине поражения нервной системы доминируют явления повреждения. Это обуславливает парциальность нарушений психических функций в отличие от олигофрении, для которой характерна тотальность нарушений. Деменция в отличие от олигофрении носит прогредиентный характер, т.е. наблюдается прогрессирование болезненного процесса и как следствие регресс психических функций.

Органическая деменция.

Этиология органической деменции имеет некоторое сходство с этиологией олигофрении. Ее причинами являются инфекционные, травматические, интоксикационные поражения головного мозга, дегенеративные заболевания центральной нервной системы, нарушения обменных процессов. Отличие же, которое во многом определяет особенности патогенеза и клинико-психологической картины деменции, связано со временем воздействия вредности. Органическая деменция чаще возникает при поражении мозга в возрасте после 1,5-2 лет, когда значительная часть мозговых структур уже является достаточно сформированной, поэтому патогенный агент действует как фактор, не только препятствующий их дальнейшему формированию, но и повреждающий данную структуру и связанные с ней функции.

По динамике слабоумия различают резидуальную органическую и прогрессирующую деменцию. Резидуальная органическая деменция обусловлена остаточными явлениями перенесенных органических поражений мозга инфекциями, интоксикациями, травмами. Прогрессирующая деменция связана с текущими органическими процессами в головном мозге (воспалительными, дегенеративными, атрофическими, дефектами обмена). При прогрессирующей деменции, как правило, имеется тенденция к прогрессированию болезненных расстройств с неуклонной психической деградацией, нарастанием слабоумия, утратой имевшихся ранее навыков и знаний.

Клинико-психологическая картина органической деменции имеет ряд особенностей, отличающих ее от олигофрении. Прежде всего это иная структура интеллектуального дефекта. Для органической деменции нетипичны такие основные признаки олигофренического слабоумия, как тотальность и иерархичность недоразвития. Более характерна парциальность интеллектуальных расстройств. В зависимости от преимущественной локализации повреждения одни из интеллектуальных функций могут быть нарушены значительно, другие – оставаться относительно сохранными. Так, например, при травматической деменции наиболее характерны расстройства памяти; для деменции, связанной с инфекционными поражениями нервной системы, - грубые нарушения внимания. Отсутствие типичной для олигофрении иерархичности

проявляется в том, что более выраженным часто является недостаточность не мышления в целом, а отдельных интеллектуальных функций, темпа и подвижности психических процессов. Так часты нарушения произвольной памяти, грубые расстройства активного внимания с трудностями сосредоточения, постоянной отвлекаемостью на посторонние раздражители. Нередко выступают локальные расстройства высших корковых функций: нарушения оптико-пространственного синтеза, явления акустической агнозии. Часто локальный характер имеют при органической деменции и расстройства речи (моторная, сенсомоторная алалия и афазия), тогда как при олигофрении недоразвитие речи проявляется в основном в ее бедности, малом запасе слов, наличии аграмматизмов, дефектах звукопроизношения. Как правило, более часты и грубее выражены, чем при олигофрении, и нейродинамические расстройства: резкая замедленность мышления, склонность к персеверациям. Недостаточность уровня обобщения наблюдается всегда, однако, перечисленные выше отдельные интеллектуальные функции нарушены в сравнительно большей степени. Нарушения мышления больше обусловлены не столько первичной слабостью функции обобщения, сколько отсутствием целенаправленности, непоследовательностью и противоречивостью суждений либо резкой слабостью побуждений, вялостью, пассивностью.

Если при олигофрении энцефалопатические расстройства (церебрастенические, психопатоподобные, эпилептиформные, апатико-динамические) отмечаются лишь при осложненных формах, то для деменции явления психической истощаемости, выраженной психомоторной расторможенности с импульсивностью, двигательными стереотипиями либо, наоборот, апатия, адинамия более характерны. Значительно чаще, чем при олигофрении, наблюдаются эпилептиформные расстройства. Чаще встречается и значительно более грубый по выраженности психопатоподобный синдром с повышенными либо извращенными влечениями, типичны аффективные расстройства: эйфория с двигательной расторможенностью, болтливостью, дурашливостью, либо дисфория с подозрительностью, склонностью к агрессии, злобности и угрюмости.

Одно из центральных расстройств при органической деменции – изменения личности, нарушения критичности. Лишь немногие из детей переживают свою несостоятельность, большинство не осознает своего дефекта. Они беспечны или апатичны, не проявляют интереса к занятиям, равнодушны к оценке, не имеют планов на будущее. Эмоциональная уплощенность часто проявляется и в малой привязанности к родным и близким. Некритичность характерна не только по отношению к собственной личности, но и к окружающим.

Отсутствие целенаправленности, критичности, личностного стержня,

а также выраженные нейродинамические и энцефалопатические расстройства усугубляют нарушения деятельности, которые носят более грубый характер, чем степень снижения интеллекта. Продуктивность в обучении, способность к действиям, адекватным обстановке и собственным возможностям, значительно снижены даже при отсутствии выраженного интеллектуального недоразвития.

Эпилептическая деменция.

Эпилептическая деменция (эпилептическое слабоумие) наблюдается лишь при так называемой эпилептической болезни – органическом заболевании мозга приобретенного, а чаще врожденного, генетически обусловленного характера, при котором имеется типичная триада симптомов: эпилептические припадки; специфические особенности мышления (либо специфическая структура слабоумия); специфические особенности эмоционально-волевой сферы.

Эпилептическое слабоумие представляет собой вариант органической деменции и поэтому имеет много общего с описанными выше проявлениями органической деменции, но отличается акцентуацией ряда признаков. Так, в структуре интеллектуального дефекта при эпилептическом слабоумии наиболее выступает тугоподвижность мышления. Характерны резкая замедленность речи, процессов чтения, письма и счета, воспроизведения. Типичны медленная психическая переключаемость, вязкость, склонность к чрезмерной детализации и педантичности, застревание на малосущественных деталях, отсутствие способности выделять главное. Обращают на себя внимание особенности эмоционально-волевой сферы. В общем фоне настроения преобладают хмурость, угрюмость. Немотивированные колебания настроения имеют характер дисфорий. Характерны напряженность и вязкость аффекта со склонностью к взрывчатости, ярости, гневливости. В выраженных случаях, особенно при эпилептической болезни наследственного характера, наблюдается так называемая биполярность аффекта: сочетание злопамятности, мстительности, эгоцентрических установок с назойливой ласковостью, угодливостью, нередкой склонностью к экзальтации.

Шизофреническая деменция.

Шизофрения представляет собой прогрессирующее психическое заболевание, этиология и патогенез которого до настоящего времени являются предметом разнообразных исследований. Генетические данные указывают на значительную роль наследственного фактора.

В клинко-психологической структуре шизофрении различают основные (негативные) и дополнительные (продуктивные) симптомы.

К негативным симптомам, отражающим деструктивную сущность болезненного процесса, относят:

- аутизм – ослабление связи с реальностью, отгороженность от внешнего мира, замкнутость, отсутствие потребности в контактах с

окружающими, предпочтение мира фантазий, аутистических игр и интересов;

- эмоциональные изменения – неадекватность эмоциональных реакций, ослабление эмоциональных связей с близкими, снижение живости и яркости эмоций и переживаний, постепенное эмоциональное оскудение, утрата единства личности;

- нарушения мышления – сначала в виде его вычурности, парадоксальности, символичности, склонности к резонерству с последующей тенденцией к ослаблению суждений, интеллектуальной непродуктивности.

1.3.2. Общие и специфические закономерности психического развития детей с умственной отсталостью

Вопрос о возможностях развития умственно отсталых детей является весьма важным для понимания проблемы и теоретической ее разработки, так и для практики воспитания, обучения и социально-трудовой адаптации учащихся. Одним из главных положений отечественной олигофренопсихологии является утверждение, что дети-олигофрены способны к развитию, т.е. у них могут возникать качественно новые, более сложные психические образования (Л.С. Выготский, Л.В. Занков и др.). Это положение подтверждается многочисленными экспериментальными исследованиями и наблюдениями. Вместе с тем не снимается со счета и тот факт, что развитие умственно отсталого ребенка осуществляется на аномальной основе, что обуславливает его замедленность, своеобразные черты и существенные отклонения от нормального развития.

Общие закономерности психического развития умственно отсталых и нормально развивающихся детей

Л.С. Выготский (1932) выдвинул тезис об общности закономерностей психического развития нормально развивающегося и аномального ребенка. Впоследствии это подтвердилось в исследованиях целого ряда авторов. В работах Л.В. Занкова (1935), И.М. Соловьева (1957), Ж.И. Шиф (1965), Т.А. Власовой (1972, 1973), Т.В. Розановой (1978), В.И. Лубовского (1978) и др. было показано, что основные закономерности психического развития являются общими для нормально развивающихся и аномальных детей. Также как и в норме, в патологии психическое развитие носит поступательный, поэтапный характер. Каждый этап завершается формированием определенных психических новообразований, которые становятся основанием психического развития на последующих этапах. Развитие как нормального, так и аномального ребенка определяется взаимосвязью социальных и биологических

факторов. Ведущими факторами, определяющими существенные продвижения в развитии как нормального, так и аномального ребенка, являются обучение и воспитание. Развитие нормального и аномального ребенка происходит в общении со взрослым и под руководством взрослого на основе усвоения общественного опыта в процессе совместной деятельности. Аномальный ребенок в своем развитии проходит те же возрастные этапы, что и нормально развивающийся: младенческий, ранний, дошкольный, младший школьный, подростковый и юношеский возраст. Развитие отдельных психических функций также как в норме, так и в патологии, проходит одни и те же этапы. К примеру, становление мышления, как в норме, так и при умственной отсталости, проходит поэтапно от наглядно-действенного к словесно-логическому. Отличие заключается в сроках формирования и качественном своеобразии психических функций. Психическое развитие умственно отсталых детей характеризуется значительным замедлением и своеобразием по сравнению с нормой.

Общие закономерности психического развития умственно отсталых и других групп аномальных детей

Анализ отклонений развития показывает, что аномальное развитие имеет особенности, характерные в той или иной мере для всех детей этой группы, что одновременно отличает их от детей с нормальным развитием. Накопление в дефектологической литературе значительного фактического материала, характеризующего особенности развития аномальных детей, позволило Т.А. Власовой (1972) и В.И. Лубовскому (1978) обобщить опыт исследователей и на основе проведенного анализа систематизировать общие и специфические закономерности аномального развития, а также дополнить эту систематизацию новыми положениями, полученными в собственных исследованиях.

Одна из общих закономерностей психического развития, свойственных всем группам аномальных детей, была выведена Л.С. Выготским еще в 1935 году. Л.С. Выготский сформулировал положение о том, что наряду с первичными отклонениями, непосредственно обусловленными дефектом, в процессе аномального развития формируются вторичные отклонения. Вторичными, исходя из представления о системном строении дефекта, Л.С. Выготский назвал дефекты, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития. Таким образом была показана причинная обусловленность изменения развития аномального ребенка: наступившее в том или ином звене нарушение закономерно, именно в силу действия общих законов психического развития, влечет за собой изменение развития аномального ребенка, что проявляется в отклонениях, различных

по своему характеру, силе и значимости у каждой категории аномальных детей. Однако общим для всех случаев является то, что возникшие изменения оказывают влияние на весь дальнейший ход развития ребенка. Как показало исследование Т.А. Власовой (1973), у аномальных детей наблюдается недостаточное развитие психических процессов: различные по характеру и глубине нарушения умственной деятельности, недостатки двигательной сферы, своеобразие речевого развития, что приводит к нарушению познания окружающего мира, изменению способов коммуникации и нарушению средств общения, трудностям социальной адаптации и обеднению социального опыта.

Трудности социальной адаптации, затруднения взаимодействия с социальной средой впервые были обозначены как общая закономерность аномального развития Л.С. Выготским (1934). Дальнейшее изучение этой закономерности привело к уточнению и конкретизации ее содержания. Ж.И. Шиф (1965) формулирует эту же закономерность следующим образом: общим для всех случаев аномального развития является то, что совокупность порождаемых дефектов, следствий проявляется в изменениях в развитии личности аномального ребенка в целом. Изменение личности происходит особенно выражено в тех случаях, когда несвоевременно проводится коррекция дефекта, также при неблагоприятном социальном окружении.

Изменение способов коммуникации аномальных детей проявляется, прежде всего, в том, что у всех них нарушено речевое общение, а у многих коммуникация осуществляется при активизации невербальных (мимических, жестовых) средств. Наиболее общим в характеристике речевого общения аномальных детей, по мнению В.И. Лубовского (1978), является изменение у них способности к приему и переработке информации. Больше страдает усвоение той информации, которая адресована к пораженному анализатору. При всех видах аномалий развития объем информации, которая может быть принята в единицу времени, снижен в той или иной мере, по сравнению с нормой. Для приема равного объема информации требуется большее время, кроме того, снижена точность принимаемой информации, а переработка информации замедлена. Уменьшение скорости и объема принимаемой информации обнаруживается при восприятии раздражителей, действующих и на сохраненный анализатор. В.И. Лубовский и А.И. Мещерякова (1965) писали, что это снижение вызвано некоторым общим недоразвитием динамики нервных процессов, возникающим в связи с дефектом какого-либо анализатора, а также вторичным влиянием межанализаторных связей на работу высших отделов каждого анализатора.

В.И. Лубовский показал, что у детей с нарушениями психического развития всех категорий нарушено и хранение, и использование информации. Во многих исследованиях отмечаются особенности

запоминания, характеризующиеся нестойкостью следов, привнесениями, искажениями запоминаемого материала.

Проведенные В.И. Лубовским (1970, 1971) исследования словесной регуляции действий у детей показали, что общую закономерность составляют недостаточность и специфические особенности словесного опосредования как одно из проявлений нарушения психического развития ребенка. Недостаточное участие словесной системы обнаруживается при этом как в регуляции произвольных реакций, так и в других видах психической деятельности детей.

Исследования в области специальной психологии, начиная с Л.С. Выготского (20-е годы XX века), показали наличие у всех категорий аномальных детей, не имеющих текущего патологического процесса, потенциальных возможностей развития за счет формирования высших психических функций. Возможности компенсации, широко реализующиеся при благоприятных условиях воспитания и обучения, сглаживают и в известной мере устраняют неравномерность психического развития аномальных детей. Эта важнейшая закономерность аномального развития обосновывает необходимость своевременной организованной помощи аномальным детям. Одна из закономерностей положительного характера была выведена В.И. Лубовским при изучении словесной регуляции действий: возможность выработки новых условных связей без участия словесной системы или чаще при неполном, частичном словесном опосредовании. При нормальном развитии значение этой способности все уменьшается, и все большую роль приобретает образование связей на основе опосредования словесной системой, словесным обобщением. У умственно отсталых детей эта способность имеет значение и в младшем школьном возрасте. Ее можно рассматривать как компенсаторный механизм, способствующий более легкому образованию условных связей. Наличие этой особенности показывает, что аномальное развитие имеет закономерности, характеризующие как уровень отставания в развитии, так и уровень компенсации дефекта.

Специфические закономерности психического развития умственно отсталых детей

Специфические закономерности психического развития умственно отсталых детей нашли отражение в работах Л.С. Выготского, Л.В. Занкова, А.Р. Лурия, Б.И. Пинского, Ж.И. Шиф, И.М. Соловьева, С.Я. Рубинштейн, В.Г. Петровой и др.

Развитие восприятия умственно отсталых детей характеризуется качественным своеобразием по сравнению с нормой. Основным недостатком восприятия умственно отсталых детей является нарушение обобщенности, отмечается также замедленный темп восприятия, узость

объема, нарушение избирательности, малая дифференцированность.

Для представлений умственно отсталых детей характерны недифференцированность, фрагментарность, поверхностный характер, недостаточная обобщенность и уподобляемость. Нарушенными являются представления о себе, ближайшем окружении, о пространстве и времени и др.

Памяти умственно отсталых детей свойственно снижение продуктивности основных ее процессов. Запоминание материала у умственно отсталых характеризуется низким объемом, неточностью, замедленностью; сохранение – непрочностью; воспроизведение – низким объемом, искажением материала, привнесениями. Наиболее нарушенной является смысловая память. Лучше умственно отсталые запоминают внешние, иногда случайные зрительно воспринимаемые признаки предметов и явлений окружающего мира. Труднее ими осознаются и запоминаются внутренние логические связи. Позднее, чем в норме, у умственно отсталых формируется произвольное, целенаправленное запоминание и воспроизведение материала. Значительные трудности представляет и припоминание материала. Опосредованная смысловая память развита слабо. Характерна эпизодическая забывчивость.

Внимание умственно отсталых детей страдает из-за трудности привлечения к объекту, слабости концентрации, неустойчивости. Для внимания умственно отсталых детей характерны трудности распределения, замедленность переключения. Даже будучи привлеченным к объекту внимание умственно отсталых быстро истощается и характеризуется патологической отвлекаемостью. В наибольшей степени страдает произвольное внимание.

У умственно отсталых детей нарушены все стороны речи: фонетическая, лексическая, грамматическая. У них отмечаются трудности звуко-буквенного анализа и синтеза, восприятия и понимания речи. В результате наблюдаются различные виды расстройств письма, трудности овладения техникой чтения, снижена потребность в общении.

Мышление умственно отсталых детей характеризуется пассивностью, несамостоятельностью, некритичностью, инертностью. У умственно отсталых детей нарушены все мыслительные операции: анализ, синтез, сравнение, классификация и др. В наибольшей степени страдает обобщение и абстрагирование. Развитие различных видов мышления также своеобразно по сравнению с нормой. Наиболее нарушенным является словесно-логическое мышление, а наиболее сохранным – наглядно-действенное. У умственно отсталых детей затруднено формирование понятий, суждений и умозаключений. Мотивация мышления снижена. При решении мыслительных задач отмечается недостаточность ориентировки, отсутствие планирования, неосознанность и хаотичность действий.

При умственной отсталости страдает не только познавательная

деятельность, но и развитие личности в целом. У умственно отсталых детей преобладают элементарные органические потребности над духовными. Высшие духовные потребности развиваются со значительным отставанием по сравнению с нормой. Мотивы поведения и деятельности носят ситуативный характер, неустойчивы и недостаточно осознанны. Интересы умственно отсталых поверхностны, неглубоки, однообразны. Эмоциональная сфера характеризуется недоразвитием эмоций и чувств. Эмоции носят поверхностный, неустойчивый, полярный характер. Высшие духовные чувства формируются с трудом. Воля умственно отсталых снижена, у них отсутствует стремление преодолевать препятствия, в работе умственно отсталые предпочитают легкий путь, не требующий волевых усилий. Самооценка умственно отсталых детей, как правило, неадекватна, носит либо завышенный, либо заниженный характер. Формирование правильных взаимоотношений с окружающими у умственно отсталых затруднено. Умственно отсталые дети не испытывают потребности в общении. Их взаимоотношения пассивны, носят ситуативный, неустойчивый характер. Для деятельности умственно отсталых детей характерны недоразвитие целенаправленности, трудности самостоятельного планирования, отсутствие ориентировки в условиях выполнения задания. Действия умственно отсталых детей неосознанны, непоследовательный, контроль отсутствует.

Выделенные особенности носят стойкий характер, так как являются результатом органического поражения мозга. Но наряду с этим в процессе коррекционного обучения и воспитания у умственно отсталых выявляется положительная динамика в развитии всех сторон психики.

1.3.3. Психическое развитие умственно отсталых детей в различные возрастные периоды

Психическое развитие умственно отсталых детей в младенческом возрасте

Развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни качественно отличается от развития нормального ребенка. Многие умственно отсталые дети значительно позже, чем нормально развивающиеся, начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Эта задержка у некоторых детей может быть весьма существенной и захватывать не только весь первый, но и второй год жизни.

У всех умственно отсталых детей наблюдается снижение интереса к окружающему, безразличие, общая патологическая инертность. Наряду с этим могут отмечаться крикливость, беспокойство, раздражительность и т.д. У умственно отсталых детей своевременно не возникает потребность в общении со взрослым. «Комплекс оживления», как правило, отсутствует. В

дальнейшем у этих детей не возникает интереса к игрушкам. У них не происходит своевременного перехода к общению со взрослым на основе совместных действий с игрушками, не возникает новая форма общения – жестовая. Умственно отсталые дети на первом году жизни не дифференцируют «своих» и «чужих», как это происходит в норме уже в первом полугодии.

Снижение интереса к окружающему сказывается на развитии первых действий с предметами – хватании и на развитии восприятия, тесно связанного в этот период с хватанием. У умственно отсталых детей отсутствует активное хватание, не формируется зрительно-моторная координация и восприятие свойств предметов.

У умственно отсталых детей своевременно не формируются предпосылки развития речи: предметное восприятие, предметные действия, общение со взрослым и, в частности, доречевые средства общения. Недоразвитие артикуляционного аппарата и фонематического слуха связано с тем, что у умственно отсталых не возникает своевременно не только лепет, но и гуление.

Таким образом, уже в младенческом возрасте у умственно отсталых детей возникают вторичные отклонения в психическом развитии, охватывающие многие сферы психического развития. Сензитивные периоды формирования многих психических функций оказываются упущенными. Развивающее воздействие взрослого, как правило, не осуществляется.

Психическое развитие умственно отсталых детей в раннем возрасте

Важнейшими достижениями раннего возраста при нормальном развитии являются овладение ходьбой, развитие предметной деятельности и развитие речи. В начале второго года жизни нормально развивающиеся дети начинают самостоятельно ходить. У некоторых умственно отсталых прямохождение возникает в те же сроки, но у многих задерживается на длительный срок, иногда до конца раннего возраста. Движения умственно отсталых детей, как правило, качественно отличаются от движений нормально развивающихся детей. У умственно отсталых отмечается неустойчивость, неуклюжесть походки, замедленность или импульсивность движений.

С овладением ходьбой начинается новый этап в развитии ребенка – этап познания предметного мира. Начинается развитие предметных действий. У умственно отсталых детей подлинного ознакомления с окружающим миром не происходит. У многих из них с овладением ходьбой проявляется «полевое поведение», которое можно принять за интерес к окружающему миру. Дети хватают в руки все, что попадает в их

поле зрения, но тотчас же бросают эти предметы, не проявляя интереса ни к их свойствам, ни к назначению.

У нормально развивающихся детей на основе овладения предметными действиями на втором году жизни возникает, а на третьем становится ведущей предметная деятельность. У умственно отсталых детей раннего возраста предметная деятельность не формируется. Некоторые из них не проявляют интереса к предметам, в том числе к игрушкам. Они вообще не берут игрушки в руки, не манипулируют ими. У них нет не только ориентировки типа «Что с этим можно делать?», но и более простой ориентировки типа «Что это?». В других случаях у детей третьего года жизни появляются манипуляции с предметами, иногда напоминающие специфическое использование предмета, но в действительности ребенок, производя эти действия, совсем не учитывает свойства и назначение предметов. Наряду с манипуляциями выявляются неадекватные действия. Неадекватные действия – это такие действия, которые противоречат логике употребления предмета, вступают в конфликт с ролью предмета в предметном мире. Неадекватные действия для нормально развивающихся детей не характерны. Деятельность умственно отсталых детей раннего возраста отличается нарушением целенаправленности, вербальным обозначением цели при отсутствии ее достижения, равнодушие к результату деятельности. Другие дети ведут себя еще однозначнее, у них нет даже видимости целенаправленной деятельности – они сбрасывают игрушки на пол по одной или все сразу. Такой уровень развития предметных действий не позволяет говорить о тенденции развития подлинной предметной деятельности. У умственно отсталых детей не формируются и другие виды деятельности, которые при нормальном развитии появляются к концу третьего года жизни. В то же время у некоторых умственно отсталых детей появляется желание «сотрудничать» со взрослым, выполнять его требования, а также попытки общения, которые в дальнейшем могут стать основой для возникновения более осмысленных действий с предметами.

У умственно отсталых детей раннего возраста оказываются несформированными необходимые предпосылки для развития речи: действия с предметами, эмоциональное общение со взрослым, развитие артикуляционного аппарата и фонематического слуха. У умственно отсталых детей меньше собственных действий и действий, совместных со взрослым, совсем не сформировано подражание. Поэтому речь взрослого «повисает» в воздухе, не соединяется с тем опытом, который служит ей опорой при нормальном развитии. Дети совсем не обращают внимания на многие предметы, не запоминают их названия, еще хуже овладевают названиями действий. У большинства умственно отсталых детей первые слова в активной речи появляются после двух лет. Фраза до трех лет, как правило, не появляется. Главное, что речь умственно отсталого ребенка

раннего возраста не может еще служить ни средством общения, ни орудием мышления. Она также не может принять на себя функцию передачи ребенку общественного опыта и регуляции его действий.

Таким образом, у умственно отсталых детей в раннем возрасте развитие прямохождения происходит неодинаково: у одних детей - в пределах нормы, у других – со значительной задержкой. Развитие предметных действий фактически только начинается, предметная деятельность не возникает. Развитие речи и общения также задерживается.

Психическое развитие умственно отсталых детей в дошкольном возрасте

Для умственно отсталых детей дошкольный возраст оказывается началом развития перцептивного действия. На основе проснувшегося интереса к предметам, к игрушкам возникает и ознакомление с их свойствами и отношениями. Пятый год жизни становится переломным в развитии восприятия ребенка-олигофрена. Ребенок уже может делать выбор по образцу (по цвету, форме, величине). Намечаются продвижения в развитии целостного восприятия. Развивается зрительная ориентировка. Однако, овладев выбором по образцу на основе зрительной ориентировки, дети затрудняются осуществить выбор из большого количества элементов, не выделяют тонких различий между объектами. Не достигается без специального обучения возможность обобщения по выделенным признакам, умение выстроить по определенному признаку ряд предметов, найти место предмета в этом ряду. У умственно отсталых страдает формирование целостного образа: у половины детей образ не может стать основой действия и не воспроизводится ни в какой форме, у другой половины имеются искаженные, неполноценные образы. При выполнении заданий умственно отсталые дошкольники не используют поисковые способы: примеривание, пробы.

У умственно отсталых детей развитие восприятия происходит неравномерно, усвоенные детьми эталоны зачастую оказываются нестойкими, расплывчатыми. У детей отсутствует перенос усвоенного способа действия с одной ситуации на другую. Весьма сложными, отличными от нормальных оказываются взаимоотношения между восприятием свойства, знанием его названия, возможностью действовать с учетом данного свойства и возможностью производить на его основе простейшие обобщения. Дети, успешно выделяющие свойства во время занятий, совсем не могут выделять их в быту, в самостоятельной деятельности.

Представления умственно отсталых дошкольников об окружающем мире носят ограниченный характер, они поверхностны, фрагментарны,

искажены. Нарушенными являются представления о себе и ближайшем окружении, о пространстве и времени.

Преобладающим видом мышления у умственно отсталых дошкольников является наглядно-действенное мышление. Наряду с этим развитие наглядно-действенного мышления значительно отстает от возрастных норм. При решении наглядно-действенных задач умственно отсталые дошкольники часто не осознают наличия проблемной ситуации. У них отсутствует активный поиск решения, они часто остаются равнодушными как к результату, так и к процессу решения задачи даже в тех случаях, когда задача выступает как игровая. У тех детей, которые пытаются выполнить задание, как правило, имеется лишь ориентировка на цель без учета условий ее достижения. Умственно отсталые дошкольники не связывают поиски решения с необходимостью использования вспомогательных средств. Они решают наглядно-действенные задачи путем хаотических проб, не отбрасывают ошибочные варианты и повторяют одни и те же непродуктивные действия. До конца дошкольного возраста у умственно отсталых детей фактически отсутствует возможность решения наглядно-образных задач.

Развитие игры в младшем дошкольном возрасте является прямым продолжением предметной деятельности, может возникнуть только на основе предметной деятельности, на определенном уровне ее развития. К началу дошкольного возраста у умственно отсталых детей фактически не возникает предметная деятельность. Их действия с предметами остаются на уровне манипуляций, в подавляющем большинстве случаев неспецифических. В младшем дошкольном возрасте дети в основном овладевают специфическими манипуляциями, которые должны лечь в основу формирования зрительно-двигательной координации и выделения свойств и отношений предметов. Однако процесс овладения специфическими манипуляциями без специального обучения идет медленно, так как у детей не возникает подлинного интереса к окружающему их предметному миру. Интерес к предметам, в частности, к игрушкам, оказывается кратковременным, так как побуждается лишь их внешним видом. Наряду с неспецифическими манипуляциями у детей четвертого года жизни наблюдается большое количество неадекватных действий с предметами. Количество их резко убывает лишь на шестом году, уступая место специфическим манипуляциям, ведущим к ознакомлению со свойствами и отношениями объектов.

После пяти лет в игре с игрушками у умственно отсталых детей все большее место начинают занимать процессуальные действия. Однако подлинной игры не возникает. Без специального обучения ведущей деятельностью умственно отсталого ребенка к концу дошкольного возраста оказывается не игровая, а предметная. В игре наблюдается стереотипность, формальность действий, отсутствует замысел, нет даже

элементов сюжета. Дети не используют предметы-заместители, тем более они не могут замещать действия с реальными предметами изображением действий или речью. Таким образом, функция замещения в игре этих детей не возникает. Не развивается в игре умственно отсталого ребенка и речь, у них нет не только планирующей или фиксирующей речи, но и сопровождающей.

Продуктивная деятельность у умственно отсталых детей вне обучения фактически не возникает. У детей не появляются конструктивные умения, не возникает предметный рисунок. При обучении предметные рисунки появляются, но эти рисунки, с одной стороны, носят примитивный, фрагментарный характер, не передают целостных образов, искажают форму и пропорции, с другой стороны, представляют собой усвоенный ребенком графический штамп, не отражающий реального объекта. В связи с недоразвитием зрительно-двигательной координации и моторными трудностями техника изобразительной остается у умственно отсталых детей на примитивном уровне. Дети не используют в своих рисунках цвет как средство изображения.

В дошкольном возрасте у умственно отсталых детей начинают формироваться элементы трудовой деятельности, прежде всего навыки самообслуживания. Умственно отсталые дошкольники имеют разный уровень овладения навыками самообслуживания. При выполнении навыков самообслуживания движения умственно отсталых дошкольников нечеткие, неуверенные, часто замедленные и суетливые, недостаточно целенаправленные. Сильно выражена несогласованность действий обеих рук, нарушена последовательность производимых действий.

К началу дошкольного возраста у умственно отсталых детей оказываются несформированными такие предпосылки речевого развития, как предметная деятельность, интерес к окружающему, эмоционально-волевая сфера, общение со взрослым, фонематический слух и артикуляционный аппарат. С точки зрения речи умственно отсталые дошкольники представляют неоднородную группу. Среди них имеются дети, совсем не владеющие речью; дети, владеющие небольшим объемом слов и простых фраз; дети с формально хорошо развитой речью. Но всех их объединяет ограниченное понимание обращенной речи, привязанность к ситуации, с одной стороны, и оторванность речи от деятельности, с другой. Речь не отражает истинных интеллектуальных возможностей ребенка, не может служить полноценным источником передачи ребенку знаний. Для большинства детей с умственной отсталостью развитие речи в дошкольном возрасте только начинается. Первые слова появляются у них после трех лет, фразы – к концу дошкольного возраста. У тех детей, у которых появляется фразовая речь, она отличается большим количеством фонетических и грамматических искажений. Овладения грамматическим строем речи на протяжении дошкольного возраста, как правило, не

происходит. Особенно страдает связная речь. Одной из характерных особенностей оказывается при этом стойкое нарушение согласования числительных с существительными. Пассивный словарный запас преобладает над активным. У умственно отсталых длительно сохраняется ситуативное значение слова. Семантическая нагрузка слова у умственно отсталых детей намного меньше, чем у нормально развивающихся. Ситуативное значение слова, недостаточная грамматическая оформленность речи, нарушение фонематического слуха и замедленность восприятия приводят к тому, что речь взрослого либо часто совсем не понимается умственно отсталым ребенком, либо понимается неточно, даже искаженно. Речь настолько слабо развита, что не может осуществлять и функцию общения. Недоразвитие коммуникативной функции речи не компенсируется и другими средствами общения.

1.3.4. Клинико-психологическая характеристика состава учащихся специального (коррекционного) общеобразовательного учреждения VIII вида

В составе учащихся специального (коррекционного) общеобразовательного учреждения VIII вида выделяют две группы детей. К первой группе относят детей, перенесших однажды, на одном из этапов развития, какое-либо поражение головного мозга, а затем развивающихся на дефектной основе, но практически здоровых, а ко второй группе – детей, страдающих текущими заболеваниями.

Первая группа детей делится на две подгруппы в зависимости от того, на каком этапе развития головного мозга произошло его поражение: а) в период внутриутробного развития или в младенчестве; б) в дошкольном или младшем школьном возрасте.

К первой подгруппе первой группы относят детей-олигофренов, ко второй подгруппе – детей с травматическим слабоумием, а также детей, перенесших менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты.

Во второй группе выделяют 5 групп детей: с шизофреническим, эпилептическим слабоумием, с сифилисом головного мозга, с гидроцефалией, с ревматическим поражением центральной нервной системы.

Учащиеся с олигофренией в степени дебильности.

Дети-олигофрены составляют основной контингент учащихся коррекционной школы VIII вида. Это клинически разнородная группа. Несмотря на различия по этиологии заболевания, особенности психического развития детей-олигофренов в значительной мере сходны. Их мозг поражается до начала развития речи, дальнейшее психическое развитие в одинаковых условиях перекрывает различия. Группа детей-

олигофренов с психологической точки зрения однотипна. Анализ литературы показывает, что разные исследователи выдвигали свои гипотезы относительно «ведущего синдрома» или основного нарушения при олигофрении. К. Левин в качестве основного нарушения выделял особенности эмоционально-волевой сферы. Большинство современных ученых основным дефектом считают трудность обобщения и отвлечения (М.С. Певзнер), А.Р. Лурия – слабость регулирующей роли речи.

В коррекционной школе VIII вида обучаются дети с олигофренией в степени дебильности. У детей с олигофренией в степени дебильности отмечается недоразвитие всей познавательной деятельности и личности в целом. В подавляющем большинстве дети-олигофрены адекватно воспринимают окружающий мир, однако восприятие носит пассивный, недостаточно осмысленный характер. Пониженная реактивность коры приводит к тому, что представления детей-олигофренов нечетки и малодифференцированы. Выработанные условные связи у них непрочны и быстро угасают. Для памяти детей-олигофренов характерны недостаточная осмысленность, неточность и низкий объем запоминания и воспроизведения, непрочность сохранения материала. Своеобразие познавательной деятельности детей-олигофренов состоит в значительном недоразвитии словесно-логического мышления, мыслительных операций обобщения и абстрагирования. У детей-олигофренов страдает произвольное внимание, оно слабо привлекается, носит неустойчивый характер и быстро истощается. Для речи детей-олигофренов характерно системное нарушение всех сторон: фонетической, лексической и грамматической. У многих учащихся наблюдаются дефекты звукопроизношения, отмечается бедность словарного запаса, нарушения грамматического строя.

Общее недоразвитие характерно не только для познавательной деятельности детей-олигофренов, но и для развития личности в целом. Эмоции детей-олигофренов поверхностны, однообразны, носят неустойчивый характер, чувства малодифференцированы, бедны. Для детей-олигофренов характерно недоразвитие воли и волевых качеств. Слабость воли проявляется в том, что они не проявляют настойчивости и инициативы в достижении цели, легко подчиняются чужому влиянию. Поведение детей-олигофренов часто носит импульсивный характер, отмечается неспособность сдерживать свои чувства и влечения. Самооценка, как правило, неадекватна, она носит либо заниженный, либо завышенный характер.

Учащиеся с травматическим слабоумием.

Травматическое слабоумие у детей возникает чаще всего в результате сочетания сотрясения мозга с ушибом. После перенесенной травмы резко меняется развитие детей. У детей отмечаются головные боли, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, головокружением,

повышенная утомляемость. После травмы имеют место изменения общего психического тонуса, преобладают вялость, пассивность, замедленность. Некоторые дети этой группы двигательны беспокойны, крайне отвлекаемы. В ряде случаев отмечаются заметные колебания от вялости, заторможенности к двигательному беспокойству и общей расторможенности.

Высшая нервная деятельность при травматическом слабоумии характеризуется, прежде всего, слабостью процесса возбуждения при его повышенной истощаемости, преобладанием внешнего торможения, слабостью всех видов активного коркового торможения. Новые условные связи образуются у этих детей с большим трудом. При выработке связей обнаруживается их значительная нестойкость, легкая истощаемость, заметно нарушается подвижность нервных процессов. Эти особенности проявляются в астеническом состоянии и стойком нарушении познавательной деятельности. У детей-травматиков отмечаются выраженные затруднения в образовании сложных отвлеченных связей, понимании смысла прочитанного рассказа, при решении арифметических задач.

Иногда структура травматического дефекта осложняется тем, что в результате местного кровоизлияния к нарушению познавательной деятельности и снижению работоспособности присоединяется нарушение деятельности того или иного анализатора, например, при недостаточности в дифференциации звуков речи, что в свою очередь приводит к затруднениям в овладении грамотой. При кровоизлиянии в затылочно-теменную область мозга могут возникать нарушения зрительно-пространственного анализа и синтеза, дефекты в чтении, письме, рисовании, значительные нарушения счета и т.д. Если травматический дефект характеризуется астеническим симптомокомплексом, то ребенок может обучаться в массовой школе, или ему показано пребывание в санаторном учреждении. Если астеническое состояние сопровождается грубыми поражениями коры головного мозга, приводящими к стойким нарушениям познавательной деятельности, ребенка направляют на обучение в коррекционную школу VIII вида.

Учащиеся, перенесшие менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты.

Среди учащихся коррекционной школы VIII вида выделяют группу детей, перенесших в детском возрасте энцефалиты и менингоэнцефалиты различной этиологии.

Параинфекционный энцефалит.

После перенесенного параинфекционного энцефалита могут возникнуть различные формы поражения центральной нервной системы. Если поражение центральной нервной системы носит грубый характер, и поражена преимущественно кора больших полушарий, в этих случаях

нарушение приводит к стойкому недоразвитию высших форм психической деятельности. Детей, у которых наблюдается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, следует направлять для обучения в коррекционную школу VIII вида.

Структура дефекта при постэнцефалитических состояниях может быть различной. В одних случаях выраженные нарушения сложных форм психической деятельности сочетаются с различными очаговыми нарушениями в виде параличей, парезов, речевых нарушений, недостаточности оптического и оптико-пространственного анализа и синтеза. В других случаях в структуре дефекта сочетается нарушение высших форм познавательной деятельности с выраженными изменениями эмоционально-волевой сферы. У детей имеются изменения в поведении, характерологические изменения. Они раздражительны, вспыльчивы, настроение их неустойчиво, у них отмечается общее двигательное беспокойство. В некоторых случаях имеются резкие аффективные вспышки и повышенные труднотормозимые влечения. Эти состояния необходимо дифференцировать от олигофрении и психопатоподобных состояний.

Эпидемический энцефалит.

Дети, перенесшие эпидемический энцефалит, редко попадают в коррекционную школу VIII вида. Эпидемический энцефалит обычно поражает подкорковую область головного мозга. Отсюда клиническая картина этого заболевания характеризуется наиболее резко выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы. У детей отмечаются трудности в поведении чаще всего в гипердинамической форме. Дети отличаются двигательным беспокойством, повышенной раздражительностью. У некоторых наблюдаются колебания настроения, плаксивость, беспомощность, внушаемость. В силу повышенной внушаемости они легко попадают под дурное влияние. Первичного грубого нарушения познавательной деятельности обычно у этих детей не отмечается, однако в большинстве случаев отмечается замедление темпов мышления, быстрая истощаемость нервных процессов, неустойчивость эмоционально-волевой сферы, частые головные боли, что мешает их обучению в массовой школе и делает целесообразным направление в коррекционную школу VIII вида.

Учащиеся с шизофреническим слабоумием.

В клинико-психологической структуре шизофренической деменции выделяют основные (негативные) и дополнительные (продуктивные) симптомы. К негативным симптомам, отражающим деструктивную сущность болезненного процесса, относят:

1) аутизм – ослабление связи с реальностью, отгороженность от внешнего мира, замкнутость, отсутствие потребности в контактах с

окружающими, предпочтение мира фантазий, аутистических игр и интересов;

2) эмоциональные изменения – неадекватность эмоциональных реакций, ослабление эмоциональных связей с близкими, снижение живости и яркости эмоций и переживаний, постепенное эмоциональное оскуднение, утрата единства личности;

3) нарушения мышления – сначала в виде его вычурности, парадоксальности, символичности, склонности к резонерству с последующей тенденцией к ослаблению суждений, интеллектуальной непродуктивности.

Степень выраженности этих основных симптомов определяет главную тяжесть шизофренического дефекта. Продуктивные расстройства при шизофрении в значительной мере являются отражением остроты течения заболевания. К ним относятся аффективные, галлюцинаторные, бредовые, неврозоподобные, двигательные (кататонические) синдромы, расстройства сознания. Значительная выраженность аутизма препятствует психическому развитию этих детей.

Учащиеся с эпилептическим слабоумием.

Для эпилептического слабоумия характерны три основных симптома: наличие эпилептических припадков, специфические особенности мышления и специфические особенности эмоционально-волевой сферы. В структуре интеллектуального дефекта при эпилептическом слабоумии на первый план выступает тугоподвижность мышления. Характерна резкая замедленность речи, процесса письма, чтения, счета. Типичны медленная психическая переключаемость, вязкость, склонность к чрезмерной детализации и педантичности, застревание на малосущественных деталях, отсутствие способности выделять главное. Обращают на себя внимание особенности эмоционально-волевой сферы. На общем фоне настроения преобладают хмурость, угрюмость. Немотивированные колебания настроения имеют характер дисфорий. Характерны напряженность и вязкость аффекта со склонностью к взрывчатости, ярости, гневливости. В выраженных случаях, особенно при эпилепсии наследственного характера, наблюдается так называемая биполярность аффекта: сочетание злопамятности, мстительности, эгоцентрических установок с назойливой ласковостью, угодливиостью, нередкой склонностью к экзальтации.

Учащиеся с гидроцефалией.

Психическое состояние детей с гидроцефалией может быть различным. С увеличением давления жидкости на головной мозг состояние ребенка значительно ухудшается. У таких детей могут быть приступы сильных головных болей, колебания настроения. Они плохо переносят тряску, не могут прыгать, плохо себя чувствуют при работах, связанных с наклонами головы назад и вперед. Их необходимо постоянно

консультировать у врача. Без медицинского наблюдения и постоянного лечения слабоумие их может нарастать. Особенности психики детей-гидроцефалов очень разнообразны. Одни дети угрюмы, злы, утомляемы, другие - оживленны, болтливы, легкомысленны. М.С. Певзнер отмечала характерные для речи детей-гидроцефалов особенности: богатство словарного запаса, развернутость предложений, но за внешним богатством кроется бедность содержания, дети повторяют чужие слова, фразы, плохо понимая их смысл. В их высказываниях отсутствует самостоятельная мысль.

Учащиеся с ревматическим поражением центральной нервной системы.

Дети отличаются неустойчивым вниманием, низкой работоспособностью, утомляемостью, забывчивостью. Для них характерна чрезмерная суетливость, подвижность, ранимость. При утомлении и волнении они становятся более беспокойными, суетливыми. Строгость и наказания неприемлемы в воспитании таких детей. Детям необходим щадящий режим в вопросах учебной и трудовой нагрузки. Необходимо быть внимательным по отношению к жалобам детей на изменение зрительного восприятия, появление подергиваний и на ухудшение самочувствия.

Учащиеся с сифилисом головного мозга.

Если родители болели сифилисом, дело может ограничиться повреждением зародыша в период внутриутробного развития. В этом случае ребенок развивается как олигофрен, но в отдельных случаях помимо повреждения зародыша происходит заражение сифилисом, т.е. рождается ребенок, страдающий текущим заболеванием – сифилисом головного мозга. Сифилис проявляется внезапно: внезапно снижается успеваемость без понятных учителю причин, изменяется поведение, возникают слуховые обманы и беспричинные страхи. У ребенка ухудшается моторика, речь, а главное нарастает слабоумие. Ребенок становится некритичным, бездеятельным и вместе с тем самодовольным. Запущенный нелеченый сифилис может привести к прогрессирующему параличу.

Список литературы

- Бгажнокова И.М.* Психология умственно отсталого школьника. М., 1987.
Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика. М., 2001.
Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталого школьника (олигофренопсихология). М., 2002.
Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1986.

1.4. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1.4.1. Задержка психического развития: понятие, этиология, систематика

Задержка психического развития (ЗПР) – одна из наиболее распространенных форм психических нарушений. ЗПР – это особый тип психического развития ребёнка, характеризующийся незрелостью отдельных психических и психомоторных функций или психики в целом, формирующийся под влиянием наследственных, социально-средовых и психологических факторов.

В этиологии ЗПР играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия и, главным образом, органическая недостаточность нервной системы.

Стойкая задержка развития имеет органическую природу. Многие исследователи в качестве причин выделяют:

- хронические соматические заболевания матери, начавшиеся еще до беременности (порок сердца, диабет, заболевания щитовидной железы);
- патологию беременности (травмы беременной и плода; тяжелые интоксикации организма вследствие употребления алкоголя, никотина, наркотиков, химических и лекарственных препаратов, гормонов; токсикозы; токсоплазмоз; инфекции (краснуха, паротит, грипп), несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и т.д.);
- болезни плода;
- асфиксию и родовые травмы;
- ранние (в первые 1-2 года жизни) постнатальные заболевания (дистрофирующие инфекционные заболевания – в первую очередь, желудочно-кишечные, мозговые травмы и др.).

Впервые изучением феномена задержки психического развития начали заниматься клиницисты. Термин «задержка психического развития» был предложен Г.Е. Сухаревой. Она отмечала у данной категории детей замедленный темп психического развития, личностную незрелость, негрубые нарушения познавательной деятельности, по структуре и количественным показателям отличающиеся от олигофрении, с тенденцией к компенсации и обратному развитию. На этом основании Г.Е. Сухарева выделила шесть типов состояний, которые следует дифференцировать от олигофрении:

- 1) интеллектуальные нарушения, наблюдающиеся у детей с замедленным (или задержанным) темпом развития в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания;

2) интеллектуальные расстройства при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;

3) нарушения интеллектуальной деятельности при различных формах инфантилизма;

4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;

5) интеллектуальные нарушения, наблюдаемые у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы;

6) интеллектуальные нарушения при прогрессивных нервно-психических заболеваниях.

Комплексное изучение ЗПР как специфической аномалии детского развития началось в отечественной дефектологии в 60-е годы XX века. Необходимость изучения особенностей психического развития детей с ЗПР в сравнении с нормально развивающимися детьми и другими категориями аномальных детей была обусловлена нуждами образования и педагогической практики (М.С. Певзнер).

Важным направлением в исследовании этой проблемы является систематическое клинико-физиологическое и психолого-педагогическое изучение детей с ЗПР, которое начали в 70-е годы XX века сотрудники Научно-исследовательского института дефектологии. В это же время была разработана классификация типов задержки психического развития, использующая в качестве исходного критерия преимущественное недоразвитие эмоционально-волевой сферы или познавательной деятельности.

В 1966 году М.С. Певзнер опубликовала классификацию задержки психического развития, включающая следующие клинические варианты:

1) психофизический инфантилизм с недоразвитием у детей эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм);

2) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

3) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;

4) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции. Первые обобщения клинических данных о детях с ЗПР были представлены в работе Т.А. Власовой и М.С. Певзнер «О детях с отклонениями в развитии».

Важным этапом в изучении детей с ЗПР стали исследования К.С. Лебединской и сотрудников ее лаборатории в 70-80-е годы. Исходя из этиологического принципа, К.С. Лебединская выделила четыре основных

варианта ЗПР: ЗПР конституционального происхождения; ЗПР соматогенного происхождения; ЗПР психогенного происхождения; ЗПР церебрально-органического генеза. В клинко-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов ЗПР имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

Классификация с выделением нескольких групп задержки темпа психического развития на основании соотношения эндогенных и экзогенных факторов, формирующих это состояние, предложена М.В. Коркиной, Н.Д. Лакосиной, А.Е. Личко:

- 1) дизонтогенные формы, обусловленные задержанным или искаженным психическим развитием (варианты психического инфантилизма);
- 2) формы, обусловленные органическим поражением мозга на ранних стадиях онтогенеза;
- 3) интеллектуальная недостаточность, зависящая от дефицита информации в раннем возрасте;
- 4) интеллектуальная недостаточность, связанная с нарушением анализаторов.

1.4.2. Характеристика основных вариантов задержки психического развития

ЗПР конституционального происхождения. Речь идет о так называемом гармоническом инфантилизме (неосложненном психическом и психофизическом инфантилизме, по классификации М.С. Певзнер и Т.А. Власовой), при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей младшего возраста. Характерны преобладание игровой мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость. При переходе к школьному возрасту значимость для детей игровых интересов сохраняется. Гармонический инфантилизм можно считать ядерной формой психического инфантилизма, в котором черты эмоционально-волевой незрелости выступают в наиболее чистом виде и часто сочетаются с инфантильным типом телосложения.

ЗПР соматогенного происхождения. Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью (ослабленностью) различного генеза: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца (В.В. Ковалев, 1979).

Для детей, имеющих данный тип ЗПР, на фоне общей соматической ослабленности характерно общее снижение познавательной активности,

повышенная утомляемость и истощаемость, особенно при длительных физических и интеллектуальных нагрузках. Они быстро устают, им требуется больше времени, чтобы выполнить какие-либо учебные задания. Познавательная (и учебная) деятельность страдает вторично вследствие снижения общего тонуса организма.

ЗПР психогенного происхождения. Этот тип ЗПР связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка.

ЗПР психогенного происхождения наблюдается прежде всего при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости (Г.Е. Сухарева, 1959; В.В. Ковалев, 1979; и др.), чаще всего обусловленной явлениями гипопеки – условиями безнадзорности, при которых у ребенка не воспитываются чувства долга и ответственности, формы поведения, выработка которых связана с активным торможением аффекта, не стимулируется развитие и познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок. Поэтому черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы в виде аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости у этих детей часто сочетается с недостаточным уровнем знаний и представлений, необходимых для усвоения школьных предметов.

Вариант аномального развития личности по типу «кумира семьи» обусловлен, наоборот, гиперопекой – неправильным, изнеживающим воспитанием, при котором ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности. Для этого типа психогенного инфантилизма наряду с малой способностью к волевому усилию характерны черты эгоцентризма и эгоизма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку.

Вариант патологического развития личности по невротическому типу чаще наблюдается у детей, в семьях которых имеют место грубость, жестокость, деспотичность, агрессия к ребенку, другим членам семьи. В такой обстановке нередко формируется личность робкая, боязливая, эмоциональная незрелость которой проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и отсутствии инициативы. Неблагоприятные условия воспитания приводят к задержке развития и познавательной деятельности.

ЗПР церебрально-органического происхождения. Этот тип ЗПР занимает основное место в данной полиморфной аномалии развития. Он встречается чаще других вышеописанных типов, нередко обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности.

Церебрально-органическая недостаточность прежде всего накладывает типичный отпечаток на структуру самой ЗПР – как на

особенности эмоционально-волевой незрелости, так и на характер нарушений познавательной деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. При этом инфантилизме у детей отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций, отмечается слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний. Внушаемость у них имеет более грубый оттенок и нередко отражает органический дефект критики. Игровую деятельность характеризует бедность воображения и творчества, монотонность и однообразие, преобладание компонента двигательной расторможенности. Само стремление к игре нередко выглядит скорее как способ ухода от затруднений при выполнении заданий, чем первичная потребность: желание играть часто возникает именно в ситуациях необходимости целенаправленной интеллектуальной деятельности, приготовления уроков.

1.4.3. Особенности эмоционального развития детей с задержкой психического развития

Изучение эмоциональной сферы детей с ЗПР проводилось в рамках клинико-психологических исследований. Это позволило выявить патогенетическую основу симптомов недоразвития – перенесенное в раннем периоде развития органическое заболевание центральной нервной системы (Власова Т.А., 1978; Лубовский В.И., 1980). Перенесенные заболевания ЦНС и резидуальная недостаточность, возникающая после него, служат патогенетической основой нарушения тех или иных систем мозга, и, в первую очередь, лобных отделов, что порождает парциальную недостаточность корковых функций, в том числе и эмоциональных. У детей в связи с этим могут появиться энцефалопатические синдромы – гиперактивность, импульсивность, а также тревога, агрессия (Певзнер М.С., 1966). Так эмоциональные расстройства могут иметь признаки незрелости, к ним относят синдром психической неустойчивости: эмоциональную лабильность, лёгкую пресыщаемость, нестойкость аффекта, поверхностность переживаний, внушаемость, непосредственность, лёгкую отвлекаемость на внешние раздражители. Признаками поврежденности можно считать аффективные расстройства по возбудимому, дисфорическому типу, выраженную стойкость и силу аффекта; вязкость, монотонность, ригидность переживаний, расторможенность влечений, упорство в их удовлетворении, негативизм, агрессивность.

Раскрытие механизмов формирования эмоционального инфантилизма проводилось с позиций этиопатогенеза. При задержке психического развития конституционального генеза эмоциональная сфера

детей во многом напоминает нормальную структуру эмоционального склада детей младшего возраста, хотя при этом отмечается качественное своеобразие эмоциональных черт личности: преобладание эмоциональных реакций в поведении, игровые интересы, повышенные фон настроения, непосредственность, поверхностность, нестойкость переживаний, внушаемость, недостаточная самостоятельность. Эти особенности эмоциональной сферы в условиях школьного обучения затрудняют социальную адаптацию. Неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу (Г.Е. Сухарева, 1959; В.В. Ковалёв, 1979; К.С. Лебединская, 1980). При соматогенной задержке, обусловленной длительной астенией, возникшей вследствие хронических заболеваний или пороков развития, тормозится развитие активных форм деятельности и появляется целый ряд невротических наслоений: робость, боязливость, капризность, неуверенность в своих силах. Гиперопека обуславливает искусственный инфантилизм, формирует эгоцентрические установки, неспособность к волевому усилию (К.С. Лебединская, 1980; В.В. Лебединский, 1995).

Социальный генез психогенной задержки не исключает патологического характера недоразвития: раннее возникновение и длительное воздействие психотравмирующего фактора вызывает стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обуславливает патологическое развитие личности. В условиях безнадзорности она может начать формироваться по неустойчивому типу: неумение тормозить свои желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности, жестокость, либо грубая авторитарность обуславливает невротическое формирование личности, которое проявляется в отсутствии самостоятельности, робости, боязливости.

При задержке психического развития церебрально-органического генеза механизм недоразвития связан прежде всего с поражением нервной системы, дефицитностью корковых систем, незрелостью регуляторных функций, а также целым рядом средовых факторов. Бедность, примитивизм эмоций, грубая внушаемость обусловлены отсутствием активной стимуляции психического развития, что тоже замедляет его. При этом виде инфантилизма отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций, наблюдается слабая заинтересованность в оценке. Неблагоприятное положение в среде сверстников порождает ряд гиперкомпенсаторных реакций: стремясь обеспечить успешность в деятельности, дети как бы фиксируются на более раннем возрастном периоде. Игровые интересы этих детей определяются не только незрелостью эмоциональной сферы, но и вторично закрепляются неудачами в школьной деятельности. Стремление к игре нередко выглядит как способ ухода от затруднений на занятиях, а не как

естественная потребность: желание играть возникает именно в ситуациях необходимости целенаправленной интеллектуальной деятельности.

Исследование эмоций, возникающих у детей с ЗПР церебрально-органического происхождения во время игры, выявило их особый характер: отсутствие живости и яркости, определенную примитивность. При явном преобладании игровых интересов над учебными и в игре наблюдалось однообразие, отсутствие творчества. Детей больше всего привлекала оценочная сторона деятельности, они больше ориентировались на поведение экспериментатора: его мимику, жесты, интонацию, а не на содержание задачи. В стремлении к положительной оценке дети выбирали более легкие задания. При исследовании клинико-психологической картины недоразвития органического инфантилизма было отмечено, что дети чаще всего испытывают и нарушение настроения. У детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, которые могут маскироваться под детскую непосредственность и жизнерадостность. Такие дети с трудом принимают требования других, не соблюдают принятых правил поведения в школе, не переживают по поводу отрицательных замечаний, легко забывают собственные обещания. Откровенно высказывают отрицательные суждения по поводу учёбы, не скрывают своего желания играть и гулять.

Для детей с пониженным фоном настроения характерны склонность к робости, боязливость, наличие страхов. При этом замедляется формирование инициативности, самостоятельности. У этих детей преобладают игровые интересы, но таким детям трудно вступить в контакт, они также тяжело переживают свою несостоятельность в учебе, с трудом привыкают к коллективу. В зависимости от эмоционального фона К.С. Лебединская предлагала два основных варианта церебрально-органического инфантилизма: неустойчивый и тормозимый. Первый вариант характеризуется психомоторной расторможенностью, эйфорическим фоном настроения и импульсивностью, имитирующую детскую жизнерадостность и непосредственность, малой способностью к волевым усилиям и систематической деятельности, отсутствием стойких привязанностей. Второй вариант отличается пониженным фоном настроения, нерешительностью, безинициативностью, боязнью.

Изучение эмоциональной сферы у детей с ЗПР проводилось в связи с исследованием понимания детьми эмоционального состояния другого человека (Т.З. Стернина, 1988). Было выявлено, что дети с ЗПР не имеют существенных отличий от детей с нормальным психическим развитием в понимании эмоционального состояния другого человека по экспрессии лица, но все различные по модальности эмоции дети различают одинаково, лучше они распознают страдание, поскольку чаще сами его испытывают. Установлено, что на понимание экспрессии влияет опыт общения и

условия микросоциальной среды, в которой воспитывается ребёнок. Хуже всего понимают эмоциональное состояние другого человека те дети, в анамнезе которых выделено нарушение общения, сниженная потребность в контакте, низкая познавательная активность, эмоциональное оскуднение при органическом синдроме.

Особенности формирования положительного отношения у детей с ЗПР старшего дошкольного возраста к близким и сверстникам исследовала Е.Н. Васильева (1994). Автор отмечает, что эмоциональная сфера детей с задержкой психического развития, в частности, социальные эмоции 5-6 летних детей этой категории подчиняются общим закономерностям психического развития, имеющего место в раннем онтогенезе. Сфера социальных эмоций у детей с ЗПР в своём становлении проявляет типичные для данной категории детей специфические особенности психического развития, интеллектуальная недостаточность, затрудненное личностное развитие сказывается на темпе формирования эмоциональной коррекции поведения (сплаве аффекта с интеллектом). Специфические особенности эмоциональной сферы детей дошкольного возраста с ЗПР обусловлены не только структурой дефекта, но и спецификой микросреды, в которой развивается ребёнок. Автор приходит к выводу, что для того, чтобы организовать целенаправленную и индивидуализированную помощь детям с ЗПР, нужно специально изучать эту микросреду.

Исследование эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста, обучающихся в классах компенсирующего обучения, проведено И.П. Воропаевой (1995). В исследовании И.П. Воропаевой изучены механизмы эмоциональной выразительности с точки зрения их усложнения. Исследуя мимику, пантомимику, жестикуляцию, выразительные компоненты речи (интонацию, тембр, динамику), автор пришла к выводу, что дети в диагностируемой группе имеют различные уровни внешней эмоциональной выразительности. Часть из них отличается её полным отсутствием: дети апатичны, тело у них вялое, жестикуляция отсутствует. Вторая группа отличалась ярко выраженной разрегулированностью двигательных реакций, анимичностью лица, неадекватностью мимических выражений смыслу ситуации, затруднением в речевом общении (вместо слова дети часто использовали жест), неестественностью позы, которая была либо крайне расслаблена, либо крайне напряжена. Третья группа детей отличалась частичной способностью к эмоциональной дифференциации: дети были мимически разнообразны, интонационно выразительны, но вместе с тем они так же, как и дети второй группы, оставались напряженными, монотонно скованными, у них наблюдалось запаздывание двигательных реакций. Было установлено, что дети находятся либо на уровне эмоциональной дифференциации, либо на уровне эмоционально-ролевой идентификации или эмоционального обособления.

Поскольку каждый уровень возникает на определённом этапе онтогенеза, то, определив уровень эмоциональной выразительности у ребёнка, можно не только диагностировать эмоциональное недоразвитие, но и использовать полученные данные в качестве методического ориентира. Ориентируясь на порядок усложнения механизмов, педагог должен начинать коррекцию, учитывая этот порядок, ибо более высокая степень развития не может появиться при отсутствии сформированности предыдущих уровней. И.П. Воропаева предлагает оригинальную систему коррекционного воздействия, основанную на художественно-игровой деятельности младших школьников, использовании отдельных жанров детского фольклора для создания определённого эмоционального настроя, ритмизации деятельности, снятия мышечного напряжения, снятия чрезмерных нервных импульсов, обучения эмоциональной дифференциации, развития эмоционально-ролевой идентификации. Автор предлагает корригировать разрегулированность двигательных проявлений эмоциональных реакций, а также развивать выразительный аспект эмоций (мимику, пантомимику, жесты, интонацию). Формируется умение ребёнка проникать во внутренний мир персонажей, идентифицироваться с ролью. Использование рисования, музыки позволило обучать детей навыкам адекватного восприятия и выражения эмоций, снятия напряжения у детей, осознанию и словесному выражению внутренних конфликтов.

Эмоциональная сфера у школьников с ЗПР изучалась, в основном, в связи с влиянием их особенностей на успешность в учебной деятельности. И.Ю. Кулагина (1984) исследовала антиципируемую фрустрацию. Было установлено, что у большей части детей (69%), испытывающих тревожность под влиянием отрицательной оценки, которая специально моделировалась в ситуации эксперимента, дезорганизуется деятельность и снижается ее результативность. По мнению автора, снижению тревожности у детей с ЗПР способствует общая коррекционная направленность обучения в специальной школе. При выполнении посильных заданий, которые предусмотрены специальной программой, дети с ЗПР всегда положительно реагируют на них и их оценку, поэтому важно особенно на первом году обучения использовать щадящие отметки, чаще оценивать учебную работу, положительно подкреплять минимальные достижения каждого ученика в его знаниях и умениях, обеспечивать общий доброжелательный тон учителя. Такая работа может способствовать предупреждению формирования у детей с ЗПР чувства страха, неуверенности перед оценочной ситуацией.

Исследованием эмоций, возникающих у детей с ЗПР на неуспех, занималась Н.Л. Белопольская (1992). Обращение именно к такого рода исследованию, по мнению автора, позволяет выявить зону ближайшего эмоционального развития, определять которую необходимо при диагностике интеллектуального развития этих детей. Н.Л. Белопольская

установила различные типы реакций на неуспех, которые были связаны с неодинаковой способностью детей эмоционально предвосхищать ситуацию. В связи с этим была разработана система коррекционного воздействия, которая формировала адекватную способность к эмоциональному предвосхищению, а, значит, подготавливала детей к самостоятельной деятельности в ситуации неуспеха. Такого рода деятельность необходима ребенку в процессе обучения, поскольку она регулирует познавательную активность. Низкая способность к формированию адекватных реакций на неуспех, а также длительность и устойчивость в их формировании может служить прогностическим критерием. Проведенное катamnестическое исследование подтвердило это положение. В результате была определена важность влияния эмоционального состояния на интеллектуальную деятельность детей с ЗПР. Л.Н. Белопольской (1997) также было уделено внимание оценке когнитивного и эмоционального компонентов зоны ближайшего развития у детей с ЗПР. Она показала, что для такой оценки достаточно важны эмоциональные компоненты деятельности ребёнка.

Уровни аффективной организации поведения у детей с ЗПР были изучены в исследовании Т.Н. Павлий (1997). Исследование показало, что у детей с ЗПР не обнаружено достаточной зрелости в переживаниях, характерных для каждого уровня аффективной организации. Это не позволяет аффективной организации полноценно решать задачи адаптации, осуществлять саморегуляцию уровней, что проявляется в поведении детей и их затрудненной социализации. Недоразвитие механизмов первого уровня проявляется чаще всего в ситуациях общения. Дети ошибочно оценивают интенсивность изменения эмоциональной оценки других людей и проявляют неадекватную чувствительность к изменению дистанции в общении. Гипофункция второго уровня проявляется в стремлении детей к стереотипному поведению, в неспособности гибко при необходимости переключаться на новые виды деятельности, привыкать к новым условиям. Страхи и агрессия у детей с ЗПР в ряде случаев могут быть обусловлены состоянием гипофункции второго уровня. Третий уровень у детей с ЗПР представлен в двух типах дисфункции. При гипофункционировании наблюдается снижение стремления к активному освоению мира, нарушение способности адекватно оценивать свои возможности, неуверенность в нестабильных обстоятельствах. В случаях гипертонуса у детей появляется неадекватное стремление к экспансии, что проявляется в агрессии и негативизме. Гипотонус четвертого уровня сказался на коммуникативных возможностях детей с ЗПР, на формировании ряда личностных качеств, а также на состоянии всей аффективной системы. В исследовании установлено, что для детей с ЗПР характерно гипофункционирование уровней аффективной организации поведения. Состояние гипотонуса уровней базальной

организации отражается на их развитии, на состоянии всей низшей аффективной системы, а также на формировании высших эмоций, поведения, регулируемом ими, становлении и развитии личности. Это влияние сказывается, прежде всего, на в том, что низшие эмоции, имея несовершенные механизмы регуляции поведения, не позволяют субъекту наладить адекватный аффективный контакт со средой, а, значит, решать стоящие перед ним поведенческие задачи и реализовывать соответствующие потребности.

Список литературы

- Дети с временными задержками психического развития. М., 1971.
Дети с задержкой психического развития / под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского. М., 1984.
Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? М., 1998.
Ульenkova У.В. Дети с задержкой психического развития. Н-Новгород, 1994.

1.5. ЛОГОПСИХОЛОГИЯ

1.5.1. Предмет и задачи логопсихологии

Психология лиц с нарушениями речи (или логопсихология) – это отрасль специальной психологии, которая изучает закономерности психического развития лиц, имеющих первичный речевой дефект.

Предметом логопсихологии является изучение закономерностей психического развития лиц с различными формами речевой патологии, объектом - лица с нарушениями речи первичного характера.

Цель логопсихологии – оказание психологической помощи лицам с нарушениями речи.

Задачи логопсихологии.

1. Раскрытие общих закономерностей психического развития детей с речевой патологией и нормально развивающихся детей.
2. Раскрытие общих закономерностей психического развития детей с речевой патологией и других групп детей с нарушениями развития.
3. Раскрытие специфических закономерностей психического развития детей с первичными речевыми нарушениями различной степени тяжести и этиологии.
4. Установление зависимости психического развития от характера, механизмов и степени выраженности речевого дефекта первичного характера.
5. Изучение развития конкретных психических процессов, свойств и состояний у лиц с речевой патологией.
6. Определение перспектив развития детей с нарушениями речи и эффективных средств обучения и воспитания.
7. Разработка методов дифференциальной диагностики, позволяющих выделить первичное речевое недоразвитие от сходных по внешним проявлениям состояний (аутизм, задержка психического развития, мутизм, нарушения слуха, умственная отсталость).
8. Систематизация речевых расстройств.
9. Разработка методов психологической коррекции и профилактики речевых нарушений в детском возрасте.

1.5.2. Связь логопсихологии с другими науками

Логопсихология находится на пути выработки своих теоретических основ, преимущественно заимствуя их у других, наиболее близких дисциплин. Различают внутри- и межсистемные связи. К **внутрисистемным** относятся связи с педагогикой в целом, а также с

различными отраслями специальной педагогики: сурдо-, тифло-, олигофренопедагогией, общей, возрастной и специальной психологией. К **межсистемным** связям относятся связи с медико-биологическими и лингвистическими науками.

Связь с **логопедией** носит взаимодополняющий характер, так как знания о психологии лиц с речевыми нарушениями уточняют и углубляют исследования симптоматики расстройств, соотношения речи и психических процессов в структуре речевого дефекта. В свою очередь, знания о расстройствах речи позволяют уточнить конкретное значение речи для различных психических функций. По отношению к логопедии логопсихология является вспомогательной дисциплиной, направленной на то, чтобы оптимизировать психологическими средствами логокоррекционный процесс.

У **психологии** логопсихология заимствовала теоретические представления, прежде всего в виде теорий личности, позволяющих представить психику как систему иерархически организованных элементов, состав и система отношений которых и обуславливают специфику их различий. Также у психологии логопсихология взяла методы исследования психических явлений.

Знание психологии помогает логопеду видеть не только само речевое расстройство, а, прежде всего, ребенка, правильно понимать связь его речевых нарушений с особенностями психического развития в целом. Такое знание поможет ему установить контакт с детьми разного возраста, выбрать адекватные методы обследования их речи, восприятия, памяти, внимания, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, а также провести логопедическую работу с учетом ведущего для данного возраста вида деятельности.

Существенное значение для логопсихологии имеет **возрастная психология**, так как диагностика и коррекция должны строиться с учетом закономерностей психического развития. Необходимо учитывать не только возрастные нормы тех или иных психических характеристик, но и закономерности их взаимодействия на разных этапах развития. Существенное значение имеет понимание возрастных кризисов не только с точки зрения возможности их преодоления, но и как своеобразных универсальных сензитивных периодов, создающих благоприятные условия для психокоррекционного воздействия.

Знания в области **специальной психологии** (тифло-, сурдо- и олигофренопсихологии) необходимы для осуществления дифференциальной диагностики и проведения коррекционной работы с учетом собственно речевых расстройств.

Медицинская психология и **патопсихология** способствуют пониманию речевых нарушений, отягощенных психосоматическими заболеваниями и психопатологией.

Нейропсихология помогает уяснить связь нарушенных функций с определенными структурами головного мозга. В настоящее время активно разрабатываются методы нейропсихологической диагностики для разных возрастных категорий, позволяющие оказывать наиболее эффективную помощь лицам с разными речевыми нарушениями, опираясь на выявление механизмов их возникновения.

Логопсихология тесно связана с **лингвистикой и психолингвистикой**. Речь предполагает использование языковых единиц и правил их функционирования. Они могут по-разному нарушаться при различных расстройствах речи. Знание законов и последовательности усвоения ребенком норм языка способствует уточнению логопедического заключения, необходимого для разработки системы коррекции.

Физиология высшей нервной деятельности позволяет строить логопедическую помощь, основываясь на понимании динамики основных нервных процессов, возбуждения и торможения в коре головного мозга при том или ином нарушении речи.

С **психоневрологией** логопсихологию связывает теория, согласно которой речевое нарушение включено в структуру сложного нейропсихического расстройства, во многом определяющего специфику коррекционной или медикаментозной помощи больному. Логопед и психолог должны знать неврологические основы речевых расстройств, ориентироваться в вопросах детской психопатологии, иметь представление о наиболее частых формах детских психических расстройств, которые проявляются в поведенческих, эмоциональных нарушениях и задержке психического развития.

Логопсихология использует знания **общей анатомии, физиологии и нейрофизиологии** о механизмах речи, мозговой организации речевого процесса, о строении и функционировании анализаторов, принимающих участие в речевой деятельности.

Логопсихология тесно связана с **оториноларингологией, невропатологией, психопатологией, клиникой олигофрении, педиатрией**. Так, данные, полученные при изучении патологии органов слуха и речи (например, при нарушениях голоса), не только дают возможность определить этиологию нарушений, но и позволяют правильно сочетать логопедическую работу с медицинским воздействием. Многие виды речевых нарушений связаны с органическим поражением ЦНС, и их диагностика возможна только совместными усилиями логопеда и врача-невропатолога. Другие виды речевых нарушений связаны с задержкой созревания мозга в связи с ранним органическим (иногда даже минимальным) его поражением. В таких случаях также логопедическая работа оказывается эффективной только тогда, когда она сочетается со специальным медикаментозным лечением, которое назначает психоневролог.

1.5.3. Соотношение первичных и вторичных признаков в структуре речевого дефекта

Структура речевого дефекта – это совокупность речевых и неречевых симптомов какого-либо нарушения речи и характер из связей.

По поводу влияния первичного речевого нарушения на интеллектуальное развитие ребенка существовали диаметрально противоположные мнения. А. Куссмауль, П. Мари, М.В. Богданов-Березовский (1909), а также современные исследователи - Р.А. Белова-Давид, Е.А. Кириченко (1977) доказывали, что ведущей здесь является «общеорганическая интеллектуальная дефектность». Авторы считали, что главная роль в недоразвитии речевых и других психических процессов у неговорящих и плохо говорящих детей принадлежит глубоким первичным нарушениям в их интеллектуальной сфере, в связи с чем при недоразвитии речи может наблюдаться умственная отсталость или задержка психического развития.

Другая точка зрения состоит в том, что первичный речевой дефект, проявляющийся в недоразвитии речевой функции вплоть до ее полного отсутствия, не означает, что уровень психического развития детей с данной патологией позволяет отнести их к категории умственно отсталых. Одни из первых исследований речевой и психической недостаточности у детей с нарушениями речи принадлежат Р.Е. Левиной (1936). Р.Е. Левина рассматривала отклонения в развитии познавательной деятельности при выраженных нарушениях речи как вторичную задержку, структура которой зависит от характера первичного речевого дефекта. Эта точка зрения нашла отражение в работах многих отечественных исследователей (Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Л.С. Цветковой, И.Т. Власенко).

Третий подход в оценке соотношения недоразвития речевых и познавательных процессов при нарушениях речи принадлежит Мастюковой Е.М., которая считает, что этот вопрос должен решаться дифференцированно, так как группа детей с нарушениями речи достаточно полиморфна и отличается многообразием форм. Каждой из них может соответствовать своя картина несформированности познавательной сферы, что зависит от выраженности и локализации органической и функциональной недостаточности ЦНС.

Логопсихология опирается на выдвинутый отечественными психологами принцип взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития, утверждающий ее ведущую роль в опосредовании психических процессов.

Теоретические истоки логопсихологии находятся в исследованиях Л.С. Выготского, он ввел понятие структура дефекта. Раскрывая содержание структуры дефекта, Л.С. Выготский отмечал, что любой дефект сложен по структуре: первичный симптом, являющийся

следствием биологически обусловленного дефекта, составляет ядро сложного симптомокомплекса (синдрома) и лежит в основе вторичных симптомов. Биологические и психологические проявления существуют в сложном взаимодействии, взаимно влияя друг на друга.

Так, первичный дефект, недоразвитие или повреждение различных звеньев речевой системы при отсутствии специальных коррекционных мероприятий неизбежно вызовут ряд вторичных и третичных отклонений: недоразвитие всех сторон речи, ограниченность сенсорных, временных и пространственных представлений, недостатки памяти, снижение уровня обобщений, недостаточное умение строить умозаключения, устанавливать причинно-следственные связи. Данные особенности, а также недостаточный уровень развития навыков коммуникации у ребенка, связанный с речевыми проблемами, могут приводить к трудностям в общении с другими людьми, нарушению социальных связей с окружающим миром, к чувству отверженности и одиночества.

1.5.4. Психологические особенности лиц с различными речевыми расстройствами

Общая психологическая характеристика детей с нарушениями речи

Познавательная деятельность детей с речевыми расстройствами

Исследованием особенностей познавательной деятельности детей с речевой патологией занимались такие ученые, как Л.С. Цветкова, Т.М. Пирцхалайшвили, Е.М. Мастюкова, Н.А. Чевелева, Г.Ф. Сергеева (восприятие); Г.С. Гуменная (память); О.Н. Усанова, Ю.Ф. Гаркуша, Т.А. Фотекова (внимание); И.Т. Власенко, Г.В. Гуровец, Л.Р. Давидович, Л.А. Зайцева, В.А. Ковшиков, Ю.А. Элькин (мышление); В.П. Глухов (воображение).

Восприятие. Нарушения фонематического восприятия отмечаются у всех детей с нарушениями речи. Нарушение функции речедвигательного анализатора при дизартрии и ринолалии влияет на слуховое восприятие фонем. Такие недочеты в речи детей, как употребление звуков неустойчивой артикуляции, искажение звуков, правильно произносимых вне речи в изолированном положении, многочисленные замены и смещения при относительно сформированном строении и функции артикуляционного аппарата, указывают на первичную несформированность фонематического восприятия. Формирование самого фонематического слуха находится в прямой связи с развитием всех сторон речи, что в свою очередь, обусловлено общим развитием ребенка.

Зрительное восприятие у детей с речевой патологией отстает от нормы и характеризуется недостаточной сформированностью целостного образа предмета. Простое зрительное узнавание реальных объектов и их

изображений не отличается у этих детей от нормы. Затруднения появляются при усложнении заданий (узнавание предметов в условиях наложения, зашумления). Наблюдается бедность зрительных образов, инертность и непрочность зрительных следов, а также отсутствие прочной и адекватной связи слова со зрительным представлением предмета.

При выполнении задач на сравнение с эталоном дети данной категории чаще пользуются элементарными формами ориентировки, т.е. примериванием к эталону, в отличие от детей с нормальной речью, которые преимущественно используют зрительное соотнесение. Дети с общим недоразвитием речи (ОНР) нередко при примеривании фигур ориентируются не на их форму, а на их цвет.

В результате изучения оптико-пространственного гнозиса было выявлено, что данная функция у детей младшего школьного возраста, по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, находится на значительно более низком уровне. Степень нарушений оптико-пространственного гнозиса также зависит от недостаточности других процессов восприятия, в частности, формирования пространственных представлений. Особенно устойчиво пространственные нарушения сохраняются в рисовании ребенка: изображение отличается бедностью, примитивностью и малым количеством деталей, а также наличием специфических оптико-пространственных нарушений (у детей с алалией).

Дети с нарушениями речи затрудняются в дифференциации понятий «справа» и «слева», обозначающих местонахождение объекта, а также не могут ориентироваться в собственном теле, особенно при усложнении заданий.

Дети с речевой патологией имеют низкий уровень развития буквенного гнозиса: они с трудом дифференцируют нормальное и зеркальное написание букв, не узнают буквы, наложенные друг на друга, обнаруживают трудности в назывании и сравнении букв, сходных графически, и даже в назывании букв печатного шрифта, данных в беспорядке. В связи с этим многие дети оказываются не готовыми к овладению письмом.

Внимание детей с речевым недоразвитием характеризуется рядом особенностей: неустойчивостью, более низким уровнем показателей произвольного внимания, сложностями в планировании своих действий. Дети с трудом сосредоточивают внимание на анализе условий, поиске различных способов и средств при решении задач; им гораздо труднее сконцентрироваться на выполнении задания в условиях словесной, чем в условиях зрительной инструкции (наблюдается большее количество ошибок, связанных с нарушением грубых дифференцировок по цвету, форме, расположению фигур).

Темп деятельности у дошкольников с общим недоразвитием речи нестабилен и имеет тенденцию к снижению в процессе работы.

Распределение внимания между речью и практическим действием для таких детей оказывается трудной, практически невыполнимой задачей. У детей с ОНР ошибки внимания присутствуют на протяжении всей работы и не всегда самостоятельно замечаются и устраняются.

Все виды контроля за деятельностью часто несформированы или значительно нарушены, причем наиболее страдает упреждающий, связанный с анализом условий задания, и текущий (в процессе выполнения задания) виды контроля. Последующий контроль (по результату), его отдельные элементы вступают в действие в основном при дополнительной помощи педагога.

Особенности произвольного внимания у детей с ОНР ярко проявляются в характере отвлечений (в основном, это действия, не связанные с выполнением задания).

Память. Объем зрительной памяти детей с ОНР практически не отличается от нормы. Исключение касается возможности продуктивного запоминания серии геометрических фигур детьми с дизартрией. Это связано с выраженными нарушениями восприятия формы, слабостью пространственных представлений. Уровень слуховой памяти находится в прямой зависимости от уровня речевого развития. У детей с тяжелыми нарушениями речи обнаруживается ряд особенностей: они медленнее ориентируются в условиях задачи, и их результаты ниже по сравнению с нормой. Дети с моторной алалией после первого предъявления (на слух) точно воспроизводят лишь незначительное количество слов, при этом они могут повторять одно слово несколько раз или называть новые слова (парамнезия). Допущенные при воспроизведении ошибки дети с речевыми нарушениями обычно не замечают и не исправляют. Отсроченное воспроизведение оказывается одинаково низким у всех категорий детей. Дети часто забывают сложные инструкции, опускают некоторые их элементы и меняют последовательность действий. Как правило, они не используют речевое общение с целью уточнения инструкции. Однако при существующих трудностях у детей с речевыми нарушениями остаются относительно сохранными возможности смыслового, логического запоминания.

Таким образом, у детей данной категории наблюдаются следующие особенности памяти:

- объем зрительной памяти практически соответствует норме, за исключением запоминания серии геометрических фигур;
- общее снижение функции слуховой памяти;
- низкий уровень отсроченного воспроизведения;
- низкий уровень продуктивности запоминания;
- относительная сохранность смыслового, логического запоминания.

Патология **мышления** детей с нарушениями речи проявляется в нарушении его темпа, структуры и содержания. Особенно это касается системных речевых расстройств (алалия, афазия). При других расстройствах мыслительные функции затрагиваются в меньшей степени.

У детей с нарушениями речи возникают трудности в установлении причинно-следственных связей: дети отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, классификацией, исключением лишнего понятия и умозаключением по аналогии. Зачастую они длительно не включаются в предложенную им ситуацию или, наоборот, очень быстро приступают к выполнению заданий, но при этом оценивают проблемную ситуацию поверхностно, без учета всех особенностей задания. Другие дети выполняют задания, но быстро утрачивают к ним интерес, не заканчивают их и отказываются работать, даже в случаях правильного выполнения заданий. При этом возможности осуществления мыслительных операций, как правило, сохранены. Для многих детей с ОНР характерна также ригидность мышления.

Дети с речевой патологией по уровню продуктивной деятельности **воображения** отстают от нормально развивающихся сверстников. Для них характерны использование штампов и однообразность, им требуется значительно больше времени для включения в работу, в процессе которой отмечается значительное увеличение длительности пауз, наблюдается истощение деятельности.

Чем значительнее нарушения речи, тем больше ограничиваются возможности ребенка проявить творчество. Он оказывается беспомощным в создании новых образов. Рисунки таких детей отличаются бедностью содержания. Ребенок не может выполнить рисунок по замыслу, затрудняется, если нужно придумать новую поделку или постройку. Их ответы по выполненным рисункам, как правило, односложны и сводятся к простому называнию изображенных предметов либо даются в форме коротких предложений. В игре дети с ОНР отдают предпочтение бытовой тематике. Игры носят стереотипный характер, сюжеты мало обогащаются, замысел оказывается нестойким, и игра распадается.

В целом для детей с речевым недоразвитием характерны недостаточная подвижность, инертность, быстрая истощаемость процессов воображения.

Личность и эмоционально-волевая сфера.

Среди немногочисленных работ, посвященных исследованию особенностей эмоционально-волевой сферы и личностного развития при речевых нарушениях, можно назвать труды таких ученых, как В.М. Шкловский, В.И. Селиверстов, Л.А. Зайцева, О.С. Орлова, Л.Е. Гончарук, Г.А. Волкова, Е.В. Жулина, Е.Ю. Медведева, С.А. Ключева и др.

Детям с нарушениями речи свойственна пассивность, сензитивность, зависимость от окружающих, склонность к спонтанному поведению. В целом исследования показывают, что дети с тяжелыми нарушениями речи недостаточно критично оценивают свои возможности, чаще переоценивая их. В большинстве случаев объективная личностная характеристика не совпадает с их самооценкой, многие из своих черт характера дети не отмечают и не оценивают.

Очень важной для формирования личности ребенка с речевой патологией является проблема осознания своего дефекта. Осознание речевого дефекта, степень фиксированности на нем изучались в основном применительно к заикающимся детям (С.С. Ляпидевский, О.С. Павлова, В.И. Селиверстов, Л.А. Зайцева) и лицам с нарушениями голоса (О.С. Орлова, Л.Е. Гончарук).

В.И. Селиверстов выделяет следующие степени фиксированности детей на своем дефекте.

Нулевая. Дети не испытывают фрустрации от сознания неполноценности своей речи или даже совсем не замечают ее недостатков, они охотно вступают в контакт со сверстниками и взрослыми, знакомыми и незнакомыми людьми, у них отсутствуют элементы стеснения или обидчивости.

Умеренная. Дети испытывают в связи с дефектом неприятные переживания, скрывают его, компенсируя манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее, осознание этими детьми своего недостатка не выливается в постоянное, тягостное чувство собственной неполноценности, когда каждый шаг, каждый поступок оцениваются через призму своего дефекта.

Выраженная. Дети постоянно фиксированы на своем речевом недостатке, глубоко переживают его, всю свою деятельность ставят в зависимость от своих речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь, самоуничтожение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью.

Список литературы

Калягин В.А. Овчинникова Т.С. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2006.

Калягин В.А. Становление логопсихологии // Практическая психология и логопедия. 2006. 4.

Трошин О.В. Жулина Е.В. Логопсихология: учебное пособие. М., 2005.

Шпилова Е.В. Основы логопсихологии. Ростов н/Д, 2007.

1.6. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1.6.1. Нарушения опорно-двигательного аппарата

Нарушения опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. В зависимости от причины и времени действия вредных факторов выделяют следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата:

I. Заболевания нервной системы: детский церебральный паралич, полиомиелит.

II. Патология костной системы: вывихи (врожденный вывих бедра), кривошея, косолапость, недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипоз (врожденное уродство), аномалии развития позвоночника, заболевания скелета (туберкулез, остеомиелит, опухоли костей), системные заболевания скелета (рахит, хондродистрофия), травматические повреждения конечностей, позвоночника, черепа, а также спинного и головного мозга.

III. Заболевания суставов: полиартрит.

Кроме системной патологии классификации нарушения опорно-двигательного аппарата подразделяют по времени возникновения:

- 1) врожденная патология: 1, 2, 3, 4, 5 и 6 из II-го вида;
- 2) приобретенные заболевания: 7, 8, 9, 10, а также I-й и III-й виды.

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства больных детей наблюдаются сходные проблемы.

Ведущим в клинической картине является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Однако при ряде нарушений опорно-двигательного аппарата двигательные расстройства сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности (это связано с органическими поражениями нервной системы), речевыми нарушениями (имеющими органическую природу и усугубляются дефицитом общения).

Все вышесказанное указывает на то, что дети с нарушениями функций ОДА нуждаются не только в особых условиях жизни и последующей трудовой деятельности, но и в медико-педагогической, логопедической и особенно психологической коррекции.

1.6.2. Детский церебральный паралич

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний у детей. В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают ДЦП (от 5 до 9 в разных регионах страны). По мнению большинства ученых, исследовавших ДЦП, эта патология, вероятно, существовала и в древние времена. Однако, дети с ДЦП долгое время не попадали в поле зрения науки, возможно, по той причине, что производили впечатление безнадежных калек, рано погибавших без специального ухода.

В медицинской литературе первые упоминания о ДЦП относятся к 1826 году. Врачи Денис, Биллард и Крувейлихер пишут о возможной связи между внутричерепным кровоизлиянием при рождении младенца и последующим развитием у него церебрального паралича.

Однако, приоритет в открытии данной патологии, безусловно, принадлежит английскому ортопеду Вильяму Литтлю. В 1839 году он описал нескольких детей с последствиями родовых травм, а в 1862 году Литтль представил подробное классическое описание болезни в монографии «Спастичный ребенок». Этот ребенок имел «неправильную походку, слюнотечение, трудности в речи и слабоумие». Литтль представил свой взгляд на этиологию ДЦП, а именно, он придавал решающее значение родовым травмам и кровоизлияниям в мозг при рождении. На основании наблюдений он писал, что такие дети в дальнейшем либо «перерастают» свои трудности, либо они безнадежны и должны находиться в специальных учреждениях. В 60-х годах XIX века Литтль не мог найти ключ к разгадке патогенетических механизмов данной патологии. В конце монографии он предположил, что двери к дальнейшему изучению церебрального паралича останутся закрытыми на протяжении многих лет.

Однако практически в то же время появляется фундаментальная работа И.А. Сеченова «Рефлексы головного мозга», позволившая в дальнейшем открыть те двери, о которых писал Вильям Литтль. Теперь науке известно, что ДЦП, собственно, и является сложной патологией рефлекторной сферы.

Признательные последователи Литтля назвали описанное им заболевание именем ученого – «болезнь Литтля». В дальнейшем это название постепенно вышло из употребления в связи с тем, что Литтль описал только одну наиболее распространенную форму ДЦП – спастическую диплегию.

В 1893 году Зигмунд Фрейд предложил объединить все формы спастических параличей перинатального происхождения под одним

названием – ДЦП, но лишь спустя полвека, в 1958 году, интернациональная группа ученых в Оксфорде утвердила этот термин.

Несмотря на пессимистичное пророчество Литтля о том, что ДЦП еще долго останется «белым пятном», в XX веке эта патология неожиданно попадает в разряд актуальных проблем медицины, а затем и специальной психологии и педагогики.

ДЦП возникает в результате повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Поэтому ДЦП проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функции других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. Задержка и патология развития мозга могут проявляться и в нарушении психического развития. По данным различных авторов, задержка психического развития наблюдается у 40 – 50 % детей, страдающих ДЦП, недоразвитие его по типу олигофрении – у 20 – 25 % детей, и лишь 20 – 25 % детей имеют нормальное развитие интеллекта. У 75 % детей в той или иной форме нарушена речь. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние ребенка, как правило, улучшается.

Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом – минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические расстройства могут отсутствовать или быть минимальными и, наоборот, при легких двигательных нарушениях могут наблюдаться грубые психические и речевые расстройства.

Как уже было отмечено, двигательные нарушения у детей с ДЦП имеют различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок: 1) не овладевает навыками ходьбы; 2) не овладевает манипулятивной деятельностью; 3) он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети: 1) овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.); 2) они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте; 3) навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции. При легкой степени двигательных нарушений дети: 1) ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и

за его пределами; 2) могут самостоятельно ездить на городском транспорте; 3) они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

1.6.3. Этиология детского церебрального паралича

ДЦП возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих в пренатальный, интранатальный периоды, в момент родов или в раннем постнатальном периоде. Наибольшее значение в возникновении ДЦП придают сочетанному поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов.

В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что более 400 факторов способны оказать повреждающее действие на ЦНС развивающегося плода. Это может произойти в любой момент беременности, но особенно опасно их действие в период до четырех месяцев внутриутробного развития, т.е. в период, когда интенсивно закладываются все органы и системы. К вредным факторам, неблагоприятно действующим на плод внутриутробно, относятся:

- инфекционные заболевания, перенесенные будущей матерью во время беременности (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз);
- сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери;
- токсикозы беременности;
- физические травмы, ушибы плода;
- несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови; гемолитическая болезнь новорожденных может возникнуть в тех случаях, когда мать резус-отрицательна, отец – резус-положителен, а плод унаследовал резус-принадлежность от отца; в основе гемолитической болезни лежит разрушение (гемолиз) эритроцитов плода под влиянием резус-антител матери; заболевание плода развивается в среднем у одной из 25 – 30 резус-отрицательных женщин. С каждой последующей беременностью вероятность резус-конфликта повышается;
- физические факторы (перегревание или переохлаждение; действие вибрации; облучение, в том числе и ультрафиолетовое в больших дозах);
- некоторые лекарственные препараты;
- экологическое неблагополучие (загрязненные отходами производства воздух и вода; содержание в продуктах питания большого

количества нитратов, ядохимикатов, радионуклеидов, различных синтетических добавок).

Все неблагоприятные факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение, что приводит к расстройствам питания и кислородному голоданию плода (внутриутробной гипоксии). Развитие плода, особенно его нервной системы, в условиях хронической гипоксии нарушается; может иметь место недоношенность, врожденная гипотрофия, функциональная незрелость, пониженная сопротивляемость к действию внешних факторов. У плодов, перенесших внутриутробную гипоксию, недостаточность защитных и адаптационных механизмов определяет большую возможность для возникновения родовой травмы, которая в свою очередь усугубляет изменения, возникшие внутриутробно. Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения ДЦП. Родовая травма, с одной стороны, воздействует на мозг, как и всякая механическая травма, с другой – она вызывает нарушение мозгового кровообращения и в тяжелых случаях – кровоизлияние в мозг. Причинами родовой травмы могут быть узкий таз матери, особенно при беременности крупным плодом, преждевременное отхождение вод, слабость родовой деятельности, неправильное предлежание плода.

Действие родовой травмы обычно сочетается с *асфиксией* (патологическим состоянием организма, характеризующимся недостатком кислорода в крови и избыточным накоплением углекислоты, нарушением дыхания, сердечной деятельности). У детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности), имеется высокая степень риска для возникновения ДЦП. Недоношенный плод имеет повышенную склонность к асфиксии и родовой травме. В настоящее время асфиксия и родовая травма часто рассматриваются как следствие действия уже имеющейся внутриутробной патологии. Реже причиной возникновения ДЦП может быть механическая родовая травма (применение щипцов, вакуум-экстрактора). ДЦП может возникать и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), тяжелых ушибов головы, как осложнение после прививок на первом году жизни.

Итак, ДЦП – это полиэтиологическое заболевание мозга, которое возникает под влиянием действия различных вредных воздействий внутреннего и внешнего характера на организм эмбриона, плода или новорожденного. Часто имеет место сочетание различных вредоносных факторов.

1.5.4. Особенности развития личности детей с церебральным параличом

Методологической основой изучения личности детей с психическим дизонтогенезом является концепция Л.С. Выготского (1956) о сущности дефективности, в которой подчеркивается, что огромную роль в развитии личности аномального ребенка играют социальная среда и общество. Физический недостаток сам по себе не делает ребенка дефективным, но, изменяя социальную позицию личности, приводит к появлению особых черт в его поведении и характере. Для изучения влияния дефекта на личность аномального ребенка важными являются положения Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта, в которой он выделял *первичные особенности* организма и *вторичные новообразования*. В.Н. Мясищев, изучая структурно - динамические характеристики личности, подчеркивал, что к первичным особенностям относятся динамические свойства личности, обусловленные свойствами нервной системы, и особенностями заболевания. На основе первичных симптомов возникают вторичные особенности в форме различных характерологических сдвигов, представляющих собой результат сложных взаимодействий внешних и внутренних факторов. Возникновение вторичных особенностей личности больного ребенка может быть вызвано рядом причин, к которым относятся переживания по поводу физического дефекта, условия воспитания, характер отношений в семье ребенка. Все это приводит к нарушению системы отношений ребенка, и если он не приобретает в ходе развития способности адекватно раз решать встающие перед ним проблемы, то это может привести к нарушению социальной адаптации.

Среди *механизмов патологического формирования личности* у лиц с физическими нарушениями ведущая роль принадлежит реакции личности на осознание дефекта, физической неполноценности. Негативное влияние на развитие личности оказывают также такие факторы, как ранняя социальная депривация, т.е. изоляция от сверстников в связи с физическим недоразвитием, а также неправильное воспитание и своеобразное отношение окружающих к ребенку с ограниченными возможностями. Все это обуславливает незрелость эмоционально-волевой сферы, эгоцентризм, повышенную внушаемость у такого ребенка.

При ДЦП нарушается формирование личности ребенка. Нормальное интеллектуальное развитие при этом заболевании часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная *незрелость* проявляется в наивности суждений, *слабой* ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей и подростков легко *формируются иждивенческие* установки, неспособность и нежелание самостоятельной, практической деятельности. Выдержанные трудности социальной адаптации способствуют развитию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

Наиболее часто, по данным Э.С. Калижнюк (1987), при ДЦП встречаются астеноневротический, психоастенический, реже – неустойчивый и возбуди́мый типы акцентуации личности.

Важное значение в развитии личности при ДЦП придается формированию эмоционально-волевой активности. Негативное влияние органического поражения ЦНС в значительной степени определяет особенности личностного реагирования ребенка на физический дефект как пассивно-оборонительное или агрессивно-защитное. Нарушение представления о своем теле, неадекватность самооценки выявляются уже в раннем возрасте.

Частая госпитализация детей с двигательными расстройствами приводит к ранней психической и социальной депривации. Основным стилем семейного воспитания ребенка с ДЦП является гиперпротекция, которая негативно влияет на формирование социальной адекватности его поведения, поскольку чем выше уровень гиперпротекции, тем ниже уровень социальной адекватности поведения ребенка. Незрелость родительских чувств, неустойчивость воспитательного процесса влияют на формирование таких личностных особенностей ребенка с ДЦП как снижение самостоятельности, сенситивность, фрустрированность.

В случае нарушения интеллекта при ДЦП особенности развития личности сочетаются с низким уровнем познавательной деятельности, недостаточной критичностью. Отмечаются безразличие, слабость волевых усилий и мотиваций.

Для выявления отклонений в развитии личности ребёнка с церебральным параличом необходим комплексный психолого-медико-педагогический анализ ее особенностей. При этом следует обратить внимание не только на ярко выраженные признаки поведения ребенка, нарушающие процесс его социальной адаптации, но и учесть более тонкие особенности проявления характера, темперамента, влечений, мышления, развития деятельности и общения с окружающими.

Список литературы

- Бадалян Л.О. и др. Детские церебральные параличи. Киев, 1988.
Вернер Д. Что такое детский церебральный паралич. М., 2003.
Детский церебральный паралич. Хрестоматия / сост Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. СПб., 2003.
Калижнюк Э.С. Психогенные реакции и особенности формирования личности при детских церебральных параличах. М., 1982.
Кириченко Е.С. Психические нарушения у детей, страдающих церебральными параличами. М., 1965.
Лебедев В.Н. Нарушения психического развития у детей с церебральными параличами. М., 1991.
Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом / под ред. Мастюковой Е.М. М., 1989.
Раменская О.П. Психологическое изучение личности дошкольника с церебральным параличом. М., 1980.

1.7. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

1.7.1. Современное состояние проблемы раннего детского аутизма в отечественной и зарубежной науке

Проблему раннего детского аутизма исследовали Л. Каннер, Г. Аспергер, Б. Беттельхейм, М. Раттер, И. Тинберген, Т. Симсон и др. В отечественной психологии особенности развития лиц с аутизмом изучали С.С. Мнухин, К.С. Лебединская, О.С. Никольская, В.М. Башина, В.Е. Каган, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, И.И. Мамайчук и др.

Первое описание раннего детского аутизма (РДА) принадлежит Л. Каннеру, который в 1943 г. обобщил данные пятилетних наблюдений за группой аномальных детей, психическое развитие которых резко отличалось от развития детей с известными формами психического дизонтогенеза. Основным для этих детей было «экстремальное одиночество» со стремлением к ритуальным, стереотипным формам поведения, нарушения или полное отсутствие речи, манерность движений, неадекватные реакции на сенсорные стимулы. Почти одновременно с Л. Каннером к постановке сходных клинических проблем пришли Н. Asperger (1944) и С.С. Мнухин (1947). Более полувека клинических исследований подтвердили гипотезу Л. Каннера о существовании особой группы синдромов, связанных с детским аутизмом.

Исследования, проведенные в разных странах, показали, что частота проявления детского аутизма – 3-6 случаев на 10 000 детей (L. Wing, 1976, 1978), причем он встречается у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек. Кроме этого, есть мнение, что распространенность этой аномалии значительно выше, так как к врачу попадают лишь дети с наиболее тяжелыми формами РДА (E. Tinbergen).

В качестве клинических критериев синдрома Л. Каннер выделил:

- глубокую недостаточность способности установления аффективного контакта;
- тревожное, навязчивое стремление к сохранению постоянства в обстановке;
- сверхсосредоточенность на определенных объектах и ловкие моторные действия с ними;
- мутизм или речь, не направленная на коммуникацию;
- хороший познавательный потенциал в блестящей памяти у говорящих детей и в решении сенсомоторных задач у аутичных.

В последующие годы эти критерии значительно развивались и уточнялись. По мере накопления данных был снят тезис об обязательном присутствии у аутичного ребенка хорошего интеллектуального

потенциала, было подтверждено значение и уточнена специфика речевых расстройств. Подкреплено мнение о проявлении подобных расстройств у ребенка не позже, чем в возрасте 30 месяцев, что еще больше связало синдром с нарушением психического развития, а не с его регрессом.

Таким образом, критерии синдрома были значительно уточнены и определены следующим образом (M. Rutter, 1974, 1978): проявление специфических трудностей до 30-ти месячного возраста; особые глубокие нарушения социального развития, не связанные жестко с уровнем интеллектуального развития; задержка и нарушение развития речи вне прямой зависимости с интеллектуальным уровнем ребенка; стремление к постоянству, проявляющееся в стереотипных занятиях, сверхпристрастиях к объектам или сопротивлениям изменениям среды.

В настоящее время клинико-психологическая картина синдрома РДА характеризуется большинством авторов как полиморфная и противоречивая (L.Wing,1976; M. Rutter, 1978; В.М. Башина, 1980, 1999; В.Е. Каган,1981; К.С. Лебединская,1988). Однако в период своей наибольшей выраженности она может быть представлена стойким сочетанием двух видов расстройств: 1) аутизм; 2) стереотипность поведения.

Аутизм (от лат. Authos – сам) проявляется как отрыв от реальности, отгороженность от мира, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой в целом. Прежде всего, аутизм характеризуется нарушением адекватной эмоциональной связи с людьми. При настойчивой попытке вовлечь такого ребенка во взаимодействие у него возникают тревога и напряженность.

Поведение аутичного ребенка характеризуется выраженной стереотипностью, однообразием. Прежде всего, это стремление к сохранению привычного постоянства в окружающем: есть одну и ту же пищу, носить одну и ту же одежду; иметь предметы обихода, находящиеся в одних и тех же местах; гулять по одному и тому же маршруту; повторять одни и те же движения, фразы, слова; получать одни и те же впечатления; тенденция вступать в контакты со средой и взаимодействие с людьми одним и тем же привычным способом. Попытки разрушить эти стереотипные условия жизни ребенка вызывают у него тревогу, агрессию либо самоагрессию.

Отмечается парадоксальная противоречивость, полнота ряда расстройств, которая выступает не только при сравнении разных детей с РДА, но часто наблюдается у одного и того же аутичного ребенка. О.С. Никольская рассматривает парадоксальность проявлений ребенка как один из критериев РДА (1985, 2003).

Изучение вопросов этиологии РДА осуществлялось в русле двух теорий: психо- и биогенеза. Развитию мнения о психогенном

происхождении РДА послужило описание родителей детей с аутизмом, которые характеризуются как эмоционально холодные, чрезмерно интеллектуализированные люди (Б. Беттельхейм, Л. Десперт, В. Ранк и др.). Патогенными признавались их характерологические особенности, отношение к детям, принятый в семье тип воспитания. Родители не создают у ребенка чувство безопасности, подавляют или не подкрепляют активность детей во взаимодействии с окружающим миром. В результате развитие останавливается на ранних стадиях и ребенок отгораживается от внешнего мира. Однако предпринятые в дальнейшем исследования родителей детей с аутизмом не подтвердили предположения об особом складе их личности в сравнении с родителями других детей. Согласно промежуточной точке зрения (И. Тинберген, Н. Тинберген), патогенным является сочетание «ранимого ребенка и ненормальной среды».

В настоящее время подавляющее большинство специалистов причиной возникновения аутизма считают биологическую неполноценность ребенка, являющуюся следствием воздействия разных патологических факторов. Детский аутизм имеет полиэтиологию и проявляется в рамках различных нозологических форм: при шизофреническом процессе (Л. Бендер, О.П. Юрьева, М.С. Вроно, В.М. Башина, К.С. Лебединская, И.Д. Лукашова, С.В. Немировская), при органической патологии мозга (врожденных токсоплазмозе, сифилисе, рубеолярной энцефалопатии, другой резидуальной недостаточности нервной системы и т.д. (С.С. Мнухин, Д.И. Исаев, В.Е. Каган, М. Колеман), при различных врожденных дефектах обмена веществ (фенилкетонурии, мукополисахаридозах, нарушении пуринового обмена и т.д.), прогрессирующих дегенеративных заболеваниях (синдром Ретта) и т.д. В настоящее время считается вероятной связь РДА с хромосомной патологией – синдром Дауна, дубль Y, чаще всего с ломкой X-хромосомой.

Общность патогенеза, способствующая возникновению синдрома РДА при различных заболеваниях, объясняется по-разному. Предполагается вовлеченность в этот процесс эндокринной системы (С.С. Мнухин, Д.Н. Исаев, Б.В. Воронков). Ряд исследователей объясняют механизмы формирования синдрома РДА спецификой мозговой локализации – патологией стволовых отделов мозга (С.С. Мнухин, Д.Н. Исаев, В.Е. Каган), ретикулярной системы, подкорковых ядер, вестибулярной системы, лобно-лимбической системы и гиподавацией правого полушария, мозжечка.

Механизмы формирования клинко-психологической структуры РДА связываются с церебральными патофизиологическими механизмами, обуславливающими первичные расстройства. К ним относятся нарушения бодрствования, патология сознания и активности, базально-энергетическая недостаточность (исходное снижение психического и витального тонуса). Рядом авторов в качестве основного механизма формирования РДА

рассматривается патология восприятия, в частности, его гипо- или гиперактивность, сверхсензитивность к раздражителям всех модальностей. В результате исследований у этих детей обнаружилась сверхчувствительность в восприятии человека – его лица, голоса, особенно взгляда.

В настоящее время признается, что кроме «классических» форм аутизма Каннера существуют также «спектральные расстройства», такие как синдром Аспергера, которые имеют характеристики, сходные с основным синдромом, но без полного набора критериев. *Синдром Аспергера* характеризуется нарушениями социального поведения (как при аутизме) в сочетании со стереотипными, повторяющимися действиями на фоне нормального когнитивного развития и речи. Симптомы обычно сохраняются во взрослом возрасте, при этом большинство страдающих этим заболеванием в состоянии работать, но испытывают трудности в формировании отношений с другими людьми. До 3-летнего возраста наблюдается период нормального развития, в дальнейшем появляются нарушения во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками. Речь становится монотонной. Ребенок начинает держаться отстраненно, обособлено, много времени посвящает узкому, стереотипному кругу интересов. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления. У некоторых детей обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление хорошо развито, но знания крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчиво. В отличие от других случаев детского аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии. Во внешнем виде обращает на себя внимание отрешенное «красивое» выражение лица, мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная. Моторика угловатая, движения неритмичные, стереотипные. Коммуникативные функции речи ослаблены, она своеобразна по мелодике, ритму и темпу, голос то тихий, то резкий. Характерна привязанность к дому, а не к родным. В отличие от детского аутизма, диагноз синдрома Аспергера основывается на наличии нарушений общения, социального взаимодействия; ограниченного, стереотипного поведения, интересов и занятий; и отсутствии общей задержки речи и когнитивного развития.

1.7.2. Особенности развития детей с ранним детским аутизмом на разных возрастных этапах

Большинство исследователей (Л. Каннер, Т.Симсон, Б. Фиш, В.М. Башина, О.С. Никольская и др.) полагают, что психическое развитие значительного количества аутичных детей патологично уже с самого рождения.

Уже в младенческом возрасте отмечается патология вегетативных функций и ряда других витальных адаптивных механизмов: нарушения мышечного тонуса; расстройства сна, аппетита; отсутствие реакций на физический дискомфорт. Типична слабость аффективной реакции на человека, в том числе мать: отсутствие позы готовности при взятии на руки (ригидность или пассивность), отсутствие зрительного контакта; в других случаях, наоборот, типичен аффективный симбиоз с матерью. Невозможность привлечь внимание ребенка диссоциирует с его повышенной реактивностью к раздражителям, не обращенным к нему, большой пугливостью и тормозимостью. Отмечается ранний дизонтогенез двигательной сферы: неуверенность ходьбы, ее легкий регресс при первой неудаче, слабая дифференцированность тонкой моторики, плохое овладение навыками самообслуживания.

В раннем возрасте обращают на себя внимание особенности речи: слабость артикуляции, склонность к вербальным стереотипиям, эгоцентричность, отсутствие связи с окружающим, нередко мутизм. Игра характеризуется однообразием манипуляций с объектами. В большинстве клинических описаний подчеркиваются признаки снижения энергетического потенциала (Л. Конрад): вялость, безынициативность, отсутствие любознательности, стремления к обследованию окружающего наряду со склонностью к импульсивным аффективным и двигательным разрядам. Отмечается легкость возникновения различных страхов, особенно при перемене привычной обстановки.

Дошкольный возраст – это период наиболее выраженных, «классических» проявлений детского аутизма, время сложившейся картины проявлений синдрома. Ребенок уже сформировал способы аутистической защиты от вмешательства в его жизнь. К трем годам окончательно складываются и основные черты разных групп синдрома. Этот возраст является, возможно, самым тяжелым периодом жизни для близких таких детей. Попытки активного вмешательства взрослых в жизнь ребенка, нарушения сложившегося стереотипа жизни обычно заканчиваются фиксированием негативизма ребенка, нарастанием страхов, увеличением частоты и интенсивности агрессивных и самоагрессивных реакций, усилением и совершенствованием стереотипных способов аутостимуляции, закрывающей ребенка от окружающего мира.

В дошкольном возрасте происходит обращение таких детей к специальной психолого-педагогической помощи (индивидуальные занятия с психологом, дефектологом или логопедом). Во многих случаях это способствует развитию речи ребенка, организации его представлений об окружающем, подготовке к школе. Вместе с тем, при непонимании специалистом проблем ребенка, трудностей организации взаимодействия, может возникнуть устойчивый негативизм к занятиям, даже страх, который становится серьезным препятствием к дальнейшему обучению.

Школьный возраст. Самые тяжелые проблемы поведения таких детей обычно отчасти сглаживаются к 7-9 годам. Дети становятся несколько более выносливыми в контактах с миром, способными к более приемлемым для других формам взаимодействия. Многие в это время зависят от того, начинается ли их обучение в школе, так как усложнение социальной среды становится необходимым стимулом их развития. Несмотря на значительные трудности организации взаимодействия, целесообразность попыток обучения таких детей в школе в настоящее время доказана. Основной задачей при этом становится организация стереотипа «учебного поведения», позволяющего ребенку впоследствии легче удерживаться во время группового занятия и выполнять инструкции педагога. При этом важно не только сформировать у такого ребенка знания и умения, но и включить его в ситуацию активного взаимодействия со взрослыми и сверстниками.

Общие для всех аутичных детей трудности обнаруживаются, прежде всего, в организации их учебной деятельности. Такие дети, хорошо организованные на индивидуальных занятиях, в школьном классе вначале производят впечатление совершенно разлаженных: с трудом сидят за партой, могут вставать, ходить по классу во время урока. Они медлительны, отвечают не сразу и не в попад, выполняют задание не тогда, когда нужно. Их внимание неустойчиво, поведение плохо контролируется, часто они как бы не видят и не слышат учителя. Возможны неадекватные реакции – оживление и смех, испуг и плач, стереотипное двигательное и речевое возбуждение. Характерны проявления негативизма, резкий отказ от выполнения заданий.

Для того, чтобы справиться с этими трудностями организации детей, необходимо понимать природу проблем ребенка. Так, неадекватность поведения может быть обусловлена значительно большей, чем обычно, утомляемостью и пресыщаемостью ребенка, его выраженной психической незрелостью, которая может проявляться как особая возбудимость. Эти трудности особенно велики в первый период обучения до тех пор, пока окружение других детей не стало для ребенка привычным, пока не сложился стереотип занятий. Именно в это время они часто обуславливают переход на индивидуальное обучение, которое, однако, не решает проблем, так как исключает опыт социализации. Вместе с тем при терпеливом и адекватном отношении учителя эти проблемы в течение первого года обучения постепенно сглаживаются. Овладев «учебным поведением», ребенок начинает пользоваться полученными ранее на индивидуальных занятиях учебными навыками. Приверженность освоенным формам поведения является сильной стороной такого ребенка.

Успехи в отработке адекватных форм учебного поведения часто сопровождаются трудностями в овладении учебным материалом. На начальном этапе наиболее остро проявляются моторные и речевые

трудности. Усваивая программу, ребенок с трудом переносит освоенные навыки в другую ситуацию, часто воспроизводит материал стереотипно (в форме, заданной учителем), что заставляет заподозрить механическое запоминание. Отмечаются затруднения в понимании подтекста. Характерны также общая некоординированность, неловкость в движениях, усугубляемая рассеянностью и возбудимостью. Речевые нарушения проявляются как в понимании, так и в экспрессивной речи таких детей. Даже при большом запасе слов ребенок может испытывать трудности в организации развернутого высказывания, говорить односложно, использовать стереотипные клише. При хорошей фразовой речи и возможности развернутого монолога дети затрудняются в организации диалога: стремятся говорить сами и не слушают, что им говорят.

Сильной стороной такого ребенка является его старательность, направленность на учебу, хорошая память, возможные избирательные интеллектуальные способности и интересы. Он способен усваивать большой объем информации, освоенные учебные навыки, как правило, прочны. Специальная работа может помочь ребенку продвинуться в трудных для него направлениях, развить навыки коммуникации, способность неоднозначно воспринимать смысл происходящего.

Подростки и взрослые с последствиями детского аутизма. Вступление в подростковый и взрослый возраст не означает для людей с последствиями детского аутизма остановки социально-эмоционального и интеллектуального развития. Происходит развитие собственной картины мира, дружеских связей и форм социального контакта, у многих аутичных подростков формируется достаточно устойчивая учебная мотивация, серьезные познавательные интересы. Такие люди становятся более открытыми к контакту, приспособленными в повседневной жизни – лучше ориентируются в ней, постепенно приобретают бытовые и профессиональные навыки. Однако, подобная положительная динамика возможна только в том случае, если социум сам остается открытым для них, если разрабатываются специальные программы психологической помощи, вовлечение подростков во все более сложные формы жизни, если идет обучение навыкам социального взаимодействия. В отсутствие таких программ даже подростки, достаточно подготовленные к обучению и началу профессиональной деятельности, в большинстве случаев остаются в пределах своей семьи.

Вступление в подростковый и взрослый возраст часто становится рубежом моментом для определения места парциальной одаренности аутичного ребенка в ходе его дальнейшей социализации. Музыкальные, художественные, лингвистические, математические способности такого ребенка могут быть реализованы только при наличии достаточно устойчивой мотивации к обучению и владении навыками взаимодействия с педагогами.

В этом возрасте отмечается снижение характерных для раннего развития возбуждения, импульсивности, которые во многих случаях сменяются инертностью, пассивностью, хроническим недостатком движения. Агрессия и самоагрессия могут проявляться реже, но выражаться более бурно и представлять большую опасность для самого ребенка и окружающих. Менее актуальными становятся страхи. Хотя в целом тревожность, ранимость ребенка сохраняются, в привычной обстановке он чувствует себя в безопасности. Стереотипность поведения также становится к подростковому возрасту менее жесткой. С одной стороны, это связано с уменьшением ранимости и снижением уровня тревоги, а с другой – с успехами в овладении навыками социально-бытовой адаптации, организации индивидуальной картины мира. Ребенок чувствует себя более уверенно и легче соглашается попробовать что-то новое.

В речевом развитии у большинства детей наряду с проблемами экспрессивной речи остаются выраженные трудности понимания. Особенности просодики «выдают» аутичного подростка, речь которого недостаточно направлена на коммуникацию и эмоционально не адресована партнеру. Наряду с трудностями речевой коммуникации у всех аутичных детей в той или иной степени отмечается задержка в развитии других форм общения.

Несмотря на сохраняющиеся трудности развития социальных связей в подростковом возрасте появляется более выраженный интерес к другим людям. При этом, однако, остаются проблемы непонимания их чувств, намерений, сохраняется наивная детскость в отношениях.

1.7.3. Классификация раннего детского аутизма (по О.С. Никольской)

Классификация раннего детского аутизма, предложенная О.С. Никольской, построена с учетом степени тяжести аутистических проявлений и ведущего патопсихологического синдрома. Ее применение позволяет осуществить выбор и реализацию коррекционных мероприятий: установление эмоционального контакта, работу по коррекции речи, смягчение поведенческих проблем и др. В зависимости от диагностируемого уровня строится дальнейшая работа по расширению взаимодействия с аутичным ребенком. В соответствии с данной классификацией, различают четыре группы детей с РДА, которые представляют собой разные ступени взаимодействия с окружающей средой и людьми.

1. Полная отрешенность от происходящего.
2. Активное отвержение.
3. Замещение окружающей среды.

4. Трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми.

При успешной коррекционной работе ребенок поднимается по этим ступеням социального взаимодействия.

Дети первой группы демонстрируют наиболее выраженные нарушения в развитии: не развивается индивидуальная избирательность в контактах с миром; мало проявляется привязанность к близким; поведение остается по преимуществу полевым, ребенок просто блуждает по комнате, чаще всего у него нет никаких собственных занятий, игр. Главное для такого ребенка – не иметь никаких точек соприкосновения с окружающим миром. Родные оказываются не в состоянии управлять ребенком – не могут привлечь его внимание, организовать взаимодействие, они могут лишь физически его удерживать. В большинстве случаев наблюдается мутизм, не формируются навыки самообслуживания. За ребенком приходится постоянно следить, т.к. он подвергает себя опасности, не просит есть и пить, не дает знать о боли, недомогании.

Дети второй группы исходно более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой, и сам аутизм их более «активен». Он проявляется не как отрешенность, а как повышенная избирательность в контактах с миром. Родители обычно указывают на задержку психического развития таких детей, прежде всего, речи; отмечают повышенную избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы в различных аспектах жизнедеятельности, невыполнение которых провоцирует бурные аффективные реакции. По сравнению с детьми других групп они в наибольшей степени отягощены страхами, обнаруживают массу речевых и двигательных стереотипий. У них возможно неожиданное бурное проявление агрессии и самоагрессии. Ребенок жестко контролирует поведение близких, особенно мамы. Даже кратковременная разлука с ней приводит не только к тяжелым ситуативным поведенческим реакциям, но даже к регрессу развития ребенка. Однако, несмотря на тяжесть различных проявлений, эти дети гораздо более приспособлены к жизни, чем дети первой группы.

Дети третьей группы отличаются несколько другим способом аутистической защиты от мира – это не отчаянное отвержение окружающего мира, а сверхзахваченность своими собственными стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме. Родители, как правило, жалуются не на отставание в психическом развитии, а на повышенную конфликтность детей, отсутствие учета интересов другого. Годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, рисовать или разыгрывать один и тот же сюжет. Часто тематика его интересов и фантазий имеет устрашающий, мистический, агрессивный характер. В дошкольном возрасте возможно накопление информации в областях, связанных со стереотипными увлечениями, проявление отдельных

интеллектуальных способностей. Вместе с тем аутистические установки оборачиваются и здесь общей задержкой развития, фрагментарностью представлений об окружающем, крайней социальной наивностью, бытовой неприспособленностью. Проявляются трудности организации обучения, общая моторная и, особенно, ручная неловкость.

У детей четвертой группы аутизм проявляется в наиболее легком варианте. На первый план выступает повышенная ранимость таких детей, тормозимость в контактах (взаимодействие прекращается при ощущении ребенком малейшего препятствия или противодействия). Этот ребенок слишком сильно зависит от эмоциональной поддержки взрослых, поэтому главное направление помощи этим детям должно заключаться в развитии у них других способов получения удовольствия, в частности, от переживания реализации своих собственных интересов и предпочтений. Для этого главное – обеспечить ребенку атмосферу безопасности и принятия.

1.7.4. Диагностическая карта (обследование ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма)

Использование предложенной К.С. Лебединской и О.С. Никольской специальной диагностической карты целесообразно для обследования ребенка первого и второго года жизни. Приведенные вопросы добавляются к традиционному психиатрическому либо патопсихологическому анамнезу в случае, если основные жалобы родителей либо данные сопутствующих документов вызывают предположение о возможности РДА.

У данного аутичного ребенка будут проявляться не абсолютно все признаки РДА, западения в отдельных сферах будут выступать в разных степенях. Поэтому представленная ниже подробная диагностическая карта, фиксирующая особенности развития всех нервно-психических сфер ребенка, должна способствовать не только ранней диагностике и терапии РДА, но и выбору методов психологической коррекции, адекватных клинико-психологическому варианту РДА и индивидуальным особенностям ребенка.

Вегетативно-инстинктивная сфера

Неустойчивость ритма «сон-бодрствование». Длительность сна. Длительность периода засыпания и сна. Засыпание лишь в определенных условиях (на улице, балконе, при укачивании). Поверхностность, прерывистость сна днем. «Спокойная бессонница». Ночные страхи. Крик и плач при пробуждении. Связь нарушений сна с психогениями, экзогениями.

Трудности взятия груди, задержка формирования автоматизма сосания. Вялость, недостаточность времени сосания.

Срыгивания, рвоты, желудочно-кишечные дискинезии. Склонность к

запорам.

Отсутствие пищевого рефлекса. Анорексия. Возможность кормления лишь в определенных условиях (ночью, в просоночном состоянии и т.д.). Избирательность в еде. Гиперсензитивность к твердой пище, употребление только протертой. Привычные рвоты.

Малоподвижность, пассивность. Слабость или отсутствие реакции на мокрые пеленки, холод, голод, прикосновение.

Двигательное беспокойство, крик и сопротивление при пеленании, взятии на руки, купании, массаже и т.д.

Аффективная сфера

Особенности общего эмоционального облика: отрешенность, обеспокоенность, тревожность, напряженность, индифферентность. Периодические «уходы в себя». Запаздывание формирования, слабость или чрезмерная выраженность эмоций удивления, обиды, гнева. Слабая эмоциональная откликаемость. Трудности вызывания эмоциональной реакции, заражения эмоцией взрослого.

Преобладание повышенного либо пониженного фона настроения. Выраженность и характер суточного ритма.

Немотивированные колебания настроения. Дистимические расстройства с капризностью, плаксивостью, «нытьем», эмоциональной пресыщаемостью. Дисфорические расстройства с напряженностью, негативизмом, агрессивной готовностью. Склонность к эйфории с монотонным двигательным возбуждением, дурашливостью, булимией. Субдепрессивные состояния с малоподвижностью, гипомимией, длительным плачем, потерей аппетита, нарушением сна, большей выраженностью аффективных расстройств по утрам.

Невротические реакции на неудачу, отношение близких: самоагрессия, тики, вегетативные расстройства.

Психопатоподобные реакции: негативизм, агрессия к близким детям. Истериформные реакции.

Первый возрастной кризис. Время появления и длительность психомоторной возбудимости, страхи, тревога, нарушения сна и питания, пресыщаемость в игре. Явления негативизма: сопротивление умыванию, одеванию, стрижке, агрессивность.

Страхи. Время появления. Страхи животных. Страхи бытовых шумов (звуков пылесоса, полотера, электробритвы, фена, шума в водопроводных трубах и т.д.), тихих звуков (шелеста бумаги, жужжания насекомых и т.д.), боязнь изменения интенсивности света, предметов определенного цвета и формы, прикосновения, влаги.

Страхи остаться одному, потерять мать. Страхи чужих, высоты, лестницы, огня. Отсутствие страха темноты.

Страхи, обусловленные ситуационно. Психогенные иллюзорные расстройства.

Страхи с идеями толкования: отношения, угрозы, перевоплощения и т.д.

«Феномен тождества». Трудности при введении прикорма. Приверженность узкому кругу еды, отвергание новых видов пищи, ритуальность к атрибутике еды. Жесткое следование усвоенному режиму. Болезненная реакция на его изменение. Приверженность привычным деталям окружающего (расположение мебели, предметов, игрушек). Негативизм к новой одежде.

Уровень патологической реакции на перемену обстановки (помещение в ясли, переезд): нарушение вегетативных функций, невротическое, психопатоподобные расстройства, регресс приобретенных навыков, психотические расстройства.

Нарушение чувства самосохранения. Отсутствие «чувства края» (свешивание за борт коляски, стремление выбраться из манежа, выбежать на проезжую часть улицы, убежать на прогулке и т.д.). Отсутствие страха высоты, закрепления опыта контакта с горячим, острым.

Сфера влечений

Агрессия. Ее проявления. Жестокость к близким, детям, животным, стремление ломать игрушки.

Легкое возникновение агрессии в аффекте. Агрессия как стремление привлечь внимание, вступить в игру. Агрессия при страхе. Влечение к ситуациям, вызывающим страх. Агрессия при радости.

Самоагрессия: спонтанная, при неудаче. Брезгливость: понижение и повышение, их сочетание.

Сфера общения

Визуальный контакт. Отсутствие фиксации взгляда на лице человека, отсутствие фиксации взгляда на глазах человека (взгляд вверх, «мимо», «сквозь»). Активное избегание взгляда человека. Характер взгляда: неподвижный, застывший, испуганный и т.д.

Комплекс оживления. Отставленность. Слабость реакции на свет, звук, лицо, погремушку. Отсутствие какого-либо компонента: двигательного, голосового, улыбки.

Первая улыбка. Слабость, редкость. Особенности внешней характеристики: «неземная», «лучезарная». Отнесенность не к человеку, а к неодушевленному предмету, возникновение на звук, ощущение. Отсутствие заражаемости от улыбки, интонации, смеха взрослого.

Узнавание близких. Задержка в узнавании матери, отца, других близких. Слабость эмоциональной насыщенности узнавания (отсутствие улыбки, движения навстречу при приближении). Реакция на приход и уход близких.

Формирование наибольшей привязанности к кому-либо из близких. Малая потребность в матери, слабость реакции на ее уход, отсутствие позы готовности при взятии на руки. Соппротивление при взятии на руки.

Симбиотическая связь с матерью: непереносимость ее самого кратковременного отсутствия (патологические вегетативные реакции, невротические, психопатоподобные реакции, регресс навыков). Симбиоз с другими членами семьи, няней.

Появление слов «мама», «папа» после других. Их неотнесенность к родителю. Другие необычные вербальные обозначения родителей. Эпизоды страха кого-либо из родителей. Смена симбиоза на индифферентность, избегание, враждебность.

Реакция на нового человека. Непереносимость: тревога, страхи, сопротивление при взятии на руки, агрессия, игнорирование. «Сверхообщительность».

Контакт с детьми. Игнорирование: пассивное, активное. Стремление лишь к физическому общению. Обследование как неодушевленного предмета. Импульсивные действия. Игра «рядом». «Механическое» заражение поведением детей. Амбивалентность в стремлении к контакту, страх детей. Сопротивление при попытке организации контакта извне. Агрессивность к детям. Избирательность контактов с детьми.

Отношение к физическому контакту. Стремление, неприязнь. Гиперсензитивность, переносимость лишь «малых доз» прикосновений, поглаживаний, кружения, тормошения и т.д.

Реакция на словесные обращения. Отсутствие отклика на имя. Слабость, замедленность, отсутствие реакции на другие обращения. «Псевдоглухота». Избирательность ответных реакций на речь. Отсутствие адекватного жеста.

Поведение в одиночестве. Отсутствие реакции. Непереносимость, страх. Предпочтение. Стремление к территориальному уединению.

Отношение к окружающему. Необычность первоначального объекта фиксации внимания (яркое пятно, деталь одежды и т.д.). Индифферентность к окружающему, отсутствие активности исследования предметов.

Отсутствие дифференциации одушевленного и неодушевленного. «Механическое» использование руки, туловища взрослого. Диссоциация между отрешенностью и эпизодами, указывающими на хорошую ориентацию в окружающем.

Восприятие

Зрительное восприятие. Взгляд «сквозь» объект. Отсутствие слежения взглядом за предметом. «Псевдослепота». Сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте: световом пятне, участке блестящей поверхности, узоре обоев, ковра, мелькании теней. Завороженность таким созерцанием. Задержка на этапе рассматривания своих рук, перебирания пальцев у лица. Рассматривание и перебирание пальцев матери. Упорный поиск определенных зрительных ощущений. Стойкое стремление к созерцанию ярких предметов, их движения, верчения, мелькания страниц.

Длительное вызывание стереотипной смены зрительных ощущений (при включении и выключении света, открывании и закрывании дверей, сдвигании стекол полок, верчении колес, пересыпании мозаики и т.д.).

Раннее различение цветов. Рисование стереотипных орнаментов.

Зрительная гиперсензитивность: испуг, крик при включении света, раздвигании штор; стремление к темноте.

Слуховое восприятие. Отсутствие реакции на звук. Страхи отдельных звуков. Отсутствие привыкания к отдельным звукам.

Стремление к звуковой аутостимуляции: сминанию и разрыванию бумаги, шуршанию целлофановыми пакетами, раскачиванию створок двери. Предпочтение тихих звуков.

Ранняя любовь к музыке. Характер предпочитаемой музыки, ее роль в осуществлении режима, компенсация поведения. Хороший музыкальный слух. Гиперпатическая отрицательная реакция на музыку.

Тактильная чувствительность. Измененная реакция на мокрые пеленки, купание, причесывание, стрижку волос, ногтей. Плохая переносимость одежды, обуви, стремление раздеться. Удовольствие от ощущения разрывания, расслоения тканей, бумаги, пересыпания круп. Обследование окружающего преимущественно с помощью ощупывания.

Вкусовая чувствительность. Непереносимость многих блюд. Стремление есть несъедобное. Сосание несъедобных предметов, тканей. Обследование окружающего с помощью облизывания.

Обонятельная чувствительность. Гиперсензитивность к запахам. Обследование окружающего с помощью обнюхивания.

Проприоцептивная чувствительность. Склонность к аутостимуляциям напряжением тела, конечностей, ударами себя по ушам, зажимание их при зевании, ударами головой о бортик коляски, спинку кровати. Влечение к игре с взрослыми типа верчения, подбрасывания, кружения.

Моторика

Нарушение мышечного тонуса на первом году жизни. Гипертонус. Гипотонус. Время выявления, проявления. Длительность и эффективность применения массажа.

Моторный облик: двигательные заторможенность, вялость или расторможенность, возбудимость.

Медлительность, угловатость, прерывистость, марионеточность движений. Неуклюжесть, мешковатость. Необычные грациозность, плавность движений, ловкость при лазанье, балансировании.

Задержка в формировании навыка жевания.

Слабость реакции на помощь взрослого при формировании навыков сидения, ползания, вставания.

Задержка в развитии ходьбы (длительный интервал между ползанием и началом ходьбы). «Внезапность» перехода к ходьбе. Активность в

ходьбе. Страх ходьбы. Начало бега одновременно с началом ходьбы.

Особенности бега: импульсивность, особый ритм, стереотипное перемежение с застываниями. Бег с широко расставленными руками, на цыпочках. Особенности походки: «деревянность» (на негнущихся ногах), порывистость, некоординированность, по типу «заводной игрушки» и т.д.

Разница моторной ловкости в привычной обстановке и вне ее.

Двигательные стереотипии: раскачивания в колыбели, однообразные повороты головы. Ритмические сгибания и разгибания пальцев рук. Упорное, длительное раскачивание: стенки манежа, на игрушечной лошадке, качалке. Кружение вокруг своей оси. Машущие движения пальцами либо всей кистью. Разряды прыжков и т.д. Вычурный рисунок двигательных стереотипий.

Отсутствие указательных жестов, движений головой, означающих утверждение либо отрицание, жестов приветствия либо прощания.

Затруднения в имитации движений взрослого. Сопротивление в принятии помощи при обучении двигательным навыкам.

Мимика (в том числе по фотографиям в данном возрасте). Гипомимичность: бедность мимических комплексов (улыбки, испуга, плача и т.д.). Напряженность, неадекватные гримасы.

Интеллектуальное развитие

Впечатление необычной выразительности, осмысленности взгляда в первые месяцы жизни.

Впечатление «тупости», непонимания простых инструкций.

Плохое сосредоточение внимания, его быстрая пресыщаемость. «Полевое» поведение с хаотичной миграцией, неспособностью сосредоточения, отсутствием отклика на обращение. Сверхизбирательность внимания. Сверхсосредоточенность на определенном объекте.

Беспомощность в элементарном быту. Задержка формирования навыков самообслуживания, трудности обучения навыкам, отсутствие склонности к имитации чужих действий.

Отсутствие интереса к функциональному значению предмета.

Большой для возраста запас знаний в отдельных областях. Любовь к слушанию чтения, влечение к стиху. Преобладание интереса к форме, цвету, размеру над образом в целом. Интерес к знаку: тексту книги, букве, цифре, другим обозначениям. Условные обозначения в игре. Преобладание интереса к изображенному предмету над реальным. Сложность фабулы фантазии, игр, сверхценные интересы (к отдельным областям знаний, природе и т.д.).

Необычная слуховая память (запоминание стихов, других текстов). Необычная зрительная память (запоминание маршрутов, расположения знаков на листе, ранняя ориентация в географических картах).

Особенности временных соотношений: одинаковая актуальность

впечатлений прошлого и настоящего.

Разница «сообразительности», интеллектуальной активности в спонтанной и заданной деятельности.

Речь

Слабость или отсутствие реакции на речь взрослого. Отсутствие фиксации взгляда на говорящем. Диссоциация между отсутствием реакции на слово и гиперсензитивностью к невербальным звукам, между «непониманием» простых бытовых инструкций и пониманием разговора, не обращенного к ребенку.

Лучшая реакция на тихую шепотную речь.

Запаздывание или отсутствие фазы гуления. Его неинтонированность. Запаздывание или отсутствие фазы лепета. Его необращенность к взрослому.

Запаздывание или опережение появления первых слов. Их необращенность к человеку, необычность, малоупотребимость. Эхолалии. Динамика накопления словаря: «плавающие» слова, регресс речи на уровне отдельных слов.

Запаздывание или опережение появления фраз. Их необращенность к человеку. Комментирующие, аффективные фразы. Фразы-аутокоманды. Фразы-эхолалии. Отставленные эхолалии. Эхолалии-цитаты. Эхолалии-обобщенные формулы.

Склонность к вербализации: игра фонематически сложными, аффективно насыщенными словами. Неологизмы. Монологи и аутодиалоги. Слова-отрицания.

Страхи аффективно насыщенных метафор. Склонность к декламации, рифмованию, акцентуации ритма.

Отсутствие речи о себе в первом лице (при хорошей фразовой речи). Неправильное употребление других личных местоимений. Регресс фразовой речи: факторы, его провоцирующие.

Вычурность интонаций. Повышение высоты голоса к концу фразы. Невнятность, скомканность, свернутость речи, произношение лишь отдельных слогов. Разница развернутости речи, внятности произношения в спонтанной и заданной деятельности. Мутизм тотальный. Мутизм избирательный.

Игра

Игнорирование игрушки. Рассмотрение игрушки без стремления к манипулированию. Задержка на стадии манипулятивной игры. Манипулирование лишь с одной игрушкой.

Манипулирование с неигровыми предметами, дающими сенсорный эффект (зрительный, слуховой, тактильный, обонятельный, проприоцептивный). Стереотипность манипуляций. Сохранение манипуляций, свойственных более раннему возрасту (щелкание пальцами, перебирание ими перед глазами). Символизация, одушевление неигровых

предметов в сюжетной игре. Группировка игрушек и неигровых предметов по цвету, форме, размеру. Склонность к выкладыванию рядов, орнаментов.

Некоммуникативность игры. Игра в одиночку, в обособленном месте. Аутодиалоги в игре. Игры-фантазии с перевоплощением в других людей, животных, предметы. Спонтанность сюжета игры, трудности введения и изменения ее фабулы извне.

Навыки социального поведения

Трудности усвоения режима. «Собственный» режим.

Запаздывание формирования навыков пользования ложкой, удержания чашки, одевания. Диссоциация между владением навыками в заданной и спонтанной деятельности. Затруднение в имитации действий взрослого. Отказ от помощи либо, наоборот, ее охотное использование. Регресс навыков еды и одевания.

Время появления навыков опрятности. Способ сообщения взрослому о потребности мочеиспускания или дефекации. Отсутствие сообщения, длительное «терпение» до высаживания. Страх горшка. Склонность к регрессу навыков. Связь с невротическими и психопатоподобными явлениями.

Патологические привычки.

Психосоматические корреляции

Предрасположенность к аллергическим заболеваниям, аллергическим компонентам при общих инфекциях, аллергической реакции на лекарственные препараты.

Связь ухудшения психического состояния с соматическим неблагополучием: тревоги, страхи, другие аффективные расстройства, стереотипии; временный регресс приобретенных навыков.

Манифестация проявлений аутизма после соматического заболевания.

Список литературы

- Башина В.М.* Аутизм в детстве. М., 1999.
- Дети с нарушениями общения / под ред. К.С. Лебединской, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской. М., 1989.
- Детский аутизм: Хрестоматия / сост. Л.М. Шипицына. СПб., 2001.
- Каган В.Е.* Аутизм у детей. Л., 1981.
- Лебединская К.С., Никольская О.С.* Диагностика раннего детского аутизма. М., 1991.
- Мамайчук И.И.* Помощь психолога детям с аутизмом. СПб., 2007.
- Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Аутичный ребенок: пути помощи. М., 2000.
- Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Дети и подростки с аутизмом: Психологическое сопровождение. М., 2005.
- Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / сост. В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. М., 1990.

1.8. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

1.8.1. Предмет и задачи психологии детей со сложными нарушениями развития

Психология детей со сложными нарушениями развития – это сравнительно новая отрасль специальной психологии, которая изучает особенности психического развития человека, имеющего два или более нарушений. Самые большие научные традиции в этой области имеет наука об особенностях психического развития слепоглохого ребенка – ребенка с двойным сенсорным нарушением. Предметом этой области специальной психологии является изучение своеобразия психического развития людей со сложными нарушениями и определение путей психолого-педагогической помощи этим людям и их семьям.

Задачи психологии детей со сложными нарушениями развития:

- 1) описание общих и специфических закономерностей их развития;
- 2) разработка методов их диагностического изучения;
- 3) психологическое обоснование содержания и методов их обучения и воспитания;
- 4) изучение особенностей социально-психологической адаптации этой группы людей в обществе.

Любая группа детей с нарушениями развития неоднородна по составу. Внутри каждого вида нарушения развития принято выделять подгруппы детей в зависимости от выраженности нарушения и его характеристики. Часть детей имеет осложненный, часть сложный вид нарушений.

1.8.2. Различие понятий сложного и осложненного дефекта

Сложными нарушениями принято называть наличие двух или более выраженных первичных нарушений у одного ребенка. Недостатки развития, входящие в состав сложного дефекта, связаны с повреждением разных систем организма. Это могут быть выраженные нарушения зрения и детский церебральный паралич (ДЦП): глухота и ДЦП; разные виды одновременного нарушения зрения и слуха, которые принято относить к слепоглухоте; слепота и системное нарушение речи и т.д. Эти достаточно выраженные сложные нарушения развития должны диагностироваться у детей как можно раньше.

Одновременное поражение нескольких функций внутри одной системы организма как результат воздействия определенного неблагоприятного фактора можно назвать осложненным дефектом. Например, результатом родовой травмы может стать выраженное органическое поражение ЦНС, вобравшее в себя ликвородинамические,

двигательные расстройства, нарушения поведения и развития речи. Эти симптомы, в зависимости от тяжести их проявлений, могут стать характерными для осложненной формы ЗПР, ОНР и олигофрении.

Исходя из вышесказанного, дискуссионной проблемой остается отнесение к сложному дефекту тех видов глубокого органического поражения ЦНС, следствием которых являются нарушения развития у ребенка с глубоким отставанием в умственном развитии. В этом случае можно говорить о множественном виде нарушений, поскольку выраженная умственная отсталость сопровождается нарушениями развития или поражениями многих областей коры головного мозга, отвечающих за сенсорную, двигательную и речевую сферы человека.

1.8.3. Причины сложных нарушений развития

Для ранней диагностики сложного нарушения очень важны знания о причинах, которые могут привести к поражению сразу нескольких функций организма. Когда мы имеем дело с одним первичным дефектом развития у ребенка, мы рассматриваем вероятность либо наследственного, либо экзогенного происхождения. Сложное нарушение развития может быть вызвано одной или несколькими причинами, разными или одинаковыми по происхождению.

Можно рассматривать несколько вариантов этиологически сложного нарушения:

- один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение и наоборот (например, ребенок наследует выраженную близорукость по линии матери, а нарушение двигательной сферы приобрел в результате родовой травмы);

- оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (например, нарушение слуха наследуется по линии отца, а нарушение зрения по линии матери);

- каждый дефект обусловлен разными экзогенными факторами, действующими независимо (например, ребенок приобрел нарушение слуха в результате перенесенной скарлатины, а нарушение движений наступило от травмы позвоночника);

- оба нарушения представляют собой разные проявления одного и того же наследственного синдрома;

- два дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

1.8.4. Классификация детей со сложными нарушениями развития

Поскольку обучение слепоглухих детей представляет собой наиболее разработанную модель подхода к изучению и воспитанию детей со

сложными нарушениями, рассмотрим подходы к классификации именно этого вида сложных нарушений.

Первая классификация слепоглухих была сделана в 40-е гг. XX века А.В. Ярмоленко на основании анализа 220 историй жизни слепоглухих детей как в нашей стране, так и за рубежом. В основу классификации было положено время наступления дефекта и наличие сочетания сенсорных нарушений с интеллектуальными:

- слепоглухонемые от рождения или потерявшие зрение и слух в раннем детстве, до овладения и закрепления словесной речи (врожденная слепоглухота);
- слепоглухие, у которых потеря зрения и слуха наступила в дошкольном возрасте и позднее, когда у ребенка уже была сформирована речь (приобретенная слепоглухота);
- слепоглухие умственно отсталые дети - все предыдущие варианты, осложненные умственной отсталостью.

Современный уровень науки и практики оказания помощи детям со сложными недостатками развития позволяет выделить следующие варианты разных сочетанных нарушений.

1. По сочетанности нарушений можно выделить более 20 видов сложных и множественных нарушений. Это могут быть различные сочетания сенсорных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений друг с другом (сложное сенсорное нарушение как сочетание нарушений зрения и слуха; нарушение зрения и системное нарушение речи; нарушение слуха и движений; нарушение зрения и движений), а также сочетание всех видов этих дефектов с умственной отсталостью разной степени (глухота и умственная отсталость, слепота и умственная отсталость, двигательные нарушения и умственная отсталость; разные сочетания умственной отсталости и сложных сенсорных нарушений при множественном дефекте).

2. По выраженности сочетанных нарушений зрения и слуха детей с этим видом сложного нарушения можно разделить на тотально или практически слепоглухих; слепых слабослышащих; слабовидящих глухих; слабовидящих слабослышащих.

Детей с сочетанными нарушениями зрения и речи можно разделить на слепых алаликов; слабовидящих алаликов; слепых детей с ОНР; слабовидящих детей с ОНР.

Детей с нарушениями зрения и движений можно разделить на непередвигающихся самостоятельно слепых; непередвигающихся самостоятельно слабовидящих; слепых с нарушениями движений (остаточные явления ДЦП); слабовидящих с остаточными нарушениями ДЦП.

Сочетание нарушений слуха и движений можно разделить на: тяжелые формы ДЦП и глухоты; тяжелые формы ДЦП и тугоухости; легкие формы ДЦП и глухоты; легкие формы ДЦП и тугоухости.

Возможно множество сочетаний, разных по выраженности сен-

сорных и двигательных нарушений, с разной по глубине умственной отсталостью.

Такая классификация позволяет достаточно адекватно подойти к решению вопроса о месте обучения ребенка в определенном типе школы. Но при этом необходимо учитывать условность подобного разделения и зависимость выраженности нарушений от применяемого лечения.

3. В случае сложного нарушения принято выделять детей с одновременно или разновременно наступившими нарушениями. Это могут быть врожденные нарушения зрения и слуха у ребенка, одновременно наступившие после заболевания менингоэнцефалитом в определенном возрасте. Это могут быть различные случаи разновременной потери слуха и зрения (одно нарушение - врожденное, другое наступило в результате травмы или прогрессирующего наследственного заболевания в более позднем возрасте). В других случаях это может быть врожденная слепота и неподвижность после травмы позвоночника в подростковом возрасте.

Этот подход к классификации сложного нарушения у детей дошкольного возраста также помогает нам понять неоднозначность течения многих видов сложного дефекта, возможность перехода этих детей из одной категории нарушений развития в другую и т.д. Учет времени наступления нарушений особенно важен для детей с сенсорными нарушениями: для оглохших детей является очень важным степень сформированности их речи ко времени заболевания, для ослепших – запас их зрительных впечатлений, на которые можно опереться при ориентировке в окружающем.

4. По времени наступления сложных нарушений можно разделить на такие группы:

- с врожденным или ранним сложным дефектом;
- со сложным нарушением, проявившимся или приобретенным в младшем или старшем дошкольном возрасте;
- с нарушением, приобретенным в подростковом возрасте;
- с нарушением, приобретенным в зрелом возрасте;
- с нарушением, наступившим в старческом возрасте.

1.8.5. Дети со сложным дефектом, включающим нарушения двух сенсорных систем – зрения и слуха

Достаточно многочисленную и наиболее изученную часть популяции детей с комплексными нарушениями развития составляют дети, имеющие нарушения зрения и слуха.

На крайнюю неоднородность этой популяции было указано еще в исследованиях М.С. Певзнер, Г.П. Бертынь, Т.А. Басиловой, В.Н. Чулкова и др. При изучении проблем слепоглухоты большое внимание уделялось анализу структуры дефекта у детей данной категории, созданию и детальной разработке дифференцированного подхода при их обучении и

воспитании.

Для углубленного понимания особенностей этого нарушения были выделены определенные значимые критерии:

- степень сохранности и развития остаточного слуха и зрения (глухой или слабослышащий, незрячий или слабовидящий);
- время наступления нарушения, т.е. определение возраста, в котором у ребенка возникло нарушение зрения и слуха;
- состояние интеллектуальных возможностей, опорно-двигательной системы;
- уровень развития речи (какой формой речи владеет ребенок, каков уровень словесной речи, в какой степени она сохранилась или подверглась распаду после наступления слепоглухоты);
- причины, обусловившие возникновение сложных нарушений.

В связи с этим можно представить следующие субкатегории слепоглухих детей: дети с ранней слепоглухотой, дети с поздней слепоглухотой, дети со сложным сенсорным дефектом – частичным нарушением одного из двух пострадавших анализаторов (глухие слабовидящие, незрячие слабослышащие, слабослышащие слабовидящие).

Психическое развитие слепоглухих детей опирается на сохраненные интеллектуальные и сенсорные (обоняние, вибрационная и кинестетическая чувствительность) возможности и их совершенствование. Наблюдения за развитием маленьких детей с врожденной слепоглухотой и сохраненными возможностями познавательного развития показывают большие компенсаторные возможности осязания и обоняния. Если не препятствовать развитию сохранной активности такого ребенка и способствовать своевременному формированию у него хватания, сидения, прямохождения и самостоятельности в бытовых действиях, можно добиться свободной ориентировки ребенка в помещении и развития у него полноценных предметных действий. Такой ребенок способен уже в раннем детстве совершенно свободно передвигаться по знакомому помещению, узнавать близких ему людей по запаху, характерным движениям и по ощупыванию ног и обуви, доставать понравившиеся ему предметы и игрушки и действовать с ними в соответствии с их назначением.

Кожная чувствительность и двигательная память становятся у слепоглухих особым способом познания окружающего. И.А. Соколянский описывал, как легко слепоглухие дети находят окна и двери даже в незнакомом помещении благодаря восприятию кожей лица движений воздушной волны и температуры, излучаемой окном.

Осязание, активное ощупывание предметов руками или языком позволяет знакомиться с предметами и в дальнейшем их узнавать. Слепоглухим свойственно осязательное восприятие ногami свойств пола, почвы и т.д. Память на неровности почвы под ногами часто помогает им запомнить дорогу в определенном направлении.

Благодаря тактильно-вибрационной чувствительности к звукам, производимым при передвижении предметов и людей, ребенок может

ощущать происходящее вокруг него также на определенном удалении. С возрастом слепоглухие способны определять на расстоянии приближающихся людей по особенностям походки, узнавать о появлении нового лица в комнате, слушать рукой звуки музыки, определять направление громких звуков дома и на улице ногами и т.д. Вибрационные ощущения могут стать основой для восприятия и формирования устной речи у слепоглохого ребенка.

При сохранных познавательных возможностях и правильном отношении родителей к слепоглохому ребенку он способен к определенному спонтанному развитию. Показателем такого успешного развития является появление общения между ребенком и его близкими с помощью естественных жестов. Однако усвоение словесной речи возможно только при специальном обучении.

Современные методы обучения предполагают комплексное влияние на развитие остаточного зрения, слуха, интеллекта, двигательной системы, позволяя тем самым максимально реализовать потенциальные возможности каждого ребенка. Богатейший материал по обучению и воспитанию детей с множественными сенсорными нарушениями в развитии накоплен за последние годы в Сергиево-Посадском детском доме для слепоглохих детей. Основная задача работающих в нем педагогов состоит в том, чтобы найти оптимальное соотношение образовательной нагрузки, воспитательных мероприятий и заботы о здоровье воспитанников (Елифанова Г.К., 2003). Психолого-педагогический процесс включает в себя физическое, умственное, речевое, трудовое, нравственное воспитание.

Начиная с первых дней пребывания ребенка в детском доме (как правило, с 3 лет) с ним работает психолог, который проводит тщательное и разностороннее обследование, выявляет несформированность или нарушения в интеллектуальной, сенсорной, моторной, познавательной, эмоционально-личностной сферах, в поведении ребенка. Психолог уточняет и дополняет диагностические карты, модернизирует индивидуальные диагностические методики с учетом особенностей ребенка; дает рекомендации по созданию оптимального режима для каждого воспитанника.

Определяющая особенность всего учебно-воспитательного процесса состоит в его практической направленности. В содержание обучения в первую очередь входят знания, умения и навыки, необходимые для практической жизни. Программа обучения и воспитания детей дошкольного возраста представлена разделами по формированию навыков самообслуживания, развитию коммуникации, ориентировке в пространстве, формированию элементарных математических представлений. В более старшем возрасте дети переходят к таким дисциплинам, как предметно-практическое обучение, математика, естествознание, русский язык, музыкально-ритмические занятия.

1.8.6. Дети с нарушенным слухом и сниженным интеллектом

Детям с нарушенным слухом и сниженным интеллектом были посвящены работы Л.И. Тиграновой (1978), М.Ф. Титовой, Л.С. Томошонене (1973), М.С. Певзнер, Г.П. Бертынь, Н.Ю. Донской (1979) и др. Описывая детей, отнесенных к этой категории комплексного нарушения, исследователи отмечали сложность диагностики. Особую трудность вызывает дифференциально-диагностическое отграничение вторичного специфического недоразвития интеллекта при снижении слуха (Певзнер М.С., Бертынь Г.П., Донская Н.Ю., 1979). В отличие от детей, при нарушении слуха имеющих сохранный интеллект, в рассматриваемой категории у детей обнаруживается ярко выраженная инертность, плохая переключаемость с одного вида деятельности на другие, неумение использовать оказываемую помощь, некритичность поведения и низкий уровень самоконтроля. Выявляется значительное отставание в речевом развитии: крайне ограничен словарь, фразовая речь находится в зачаточном состоянии.

Ограниченность представлений об окружающем мире, незрелость интересов, бедность эмоций оказываются факторами, которые обуславливают темп и качество развития умственно отсталых глухих.

Изучение особенностей мыслительной деятельности умственно отсталых детей с нарушенным слухом выявляет их затруднения в понимании учебных задач. Беспомощность проявляется в повторяющихся манипуляциях с предметами, заменяющих поиск способа решения, в хаотичности действий ребенка. Дети с большим трудом включаются в учебную деятельность, для них характерна крайне малая восприимчивость к помощи педагога; ориентировка в задании достигается после продолжительного и многократного объяснения его цели и содержания.

Особые трудности наблюдаются при выполнении заданий по конструированию, по заполнению недостающей части в сюжетной картинке. Дети не умеют выделять существенные признаки предметов, при этом отвлекаются на несущественные, что особенно четко проявляется, например, при сравнении разных объектов. У детей не сформировано умение осмысливать расположение фигур в пространстве, они не могут удержать в памяти целостный образ рассматриваемого предмета.

Анализ познавательной деятельности детей данной категории показывает, что сочетание двух первичных дефектов (снижение слуха и умственная отсталость) обуславливает склонность к шаблонам, стереотипам. Наблюдения показывают крайнюю пассивность в пользовании словесной речью при формировании потребности в этом (Донская Н.Ю., 1998).

В настоящее время в большинстве школ I, II вида, где обучение осуществляется по программам специальной общеобразовательной школы для глухих детей, действуют вспомогательные классы. Основной задачей обучения умственно отсталых глухих и слабослышащих является их

подготовка к общественно полезному труду, формирование у них умения организовывать и осуществлять доступную им трудовую деятельность.

В течение девяти лет дети с нарушениями слуха и интеллекта изучают элементарные основы математики, языка, естественных наук, изобразительного искусства, проходят занятия по физкультуре, ритмике, трудовому и предметно-практическому обучению. Ведется также работа по развитию у них слухового восприятия и формированию устной речи.

Образование умственно отсталых детей, имеющих нарушения слуха, организуется в условиях специально организованной учебно-воспитательной среды с учетом особенностей их развития и своеобразия комплексного нарушения.

1.8.7. Дети с нарушениями зрения и интеллекта

Труднейшую медико-психолого-педагогическую проблему представляет сложное нарушение, образуемое сочетанием сниженного интеллекта при глубоких нарушениях зрения. Для детей этой группы характерна значительная неравномерность формирования различных сторон психической деятельности.

У детей с глубокими нарушениями зрения и интеллекта отмечается снижение результативности всей познавательной деятельности. Низкий уровень владения конкретным мышлением нарушает развитие произвольности, тормозит формирование интеллектуальной активности, самостоятельности, отрицательно сказывается на становлении целенаправленной учебной деятельности (Зотов А.И., Самойлов А.Ф., 1976).

Изучение представлений слепых умственно отсталых детей выявляет специфические особенности, которые выступают в стереотипности представлений, выражающихся в идентичности всех воспроизводимых фигур, в крайней их схематичности, отражающей только самые общие свойства объекта (например, голова, ноги, туловище), указывающие лишь на родовые признаки (Самойлов А.Ф., 1976).

Таким детям свойственна самая незначительная возрастная динамика результативности запоминания (Нарышкина Е.С., 1974).

Замедленность образования произвольных процессов отрицательно сказывается на продуктивности мнестической деятельности, а нарушения в развитии произвольной деятельности резко ограничивают возможности формирования у этих детей активности, самостоятельности и целенаправленности всех их действий и поведения (Самойлов А.Ф., 1977). Дети испытывают трудности переключения внимания и перехода к другому объекту деятельности.

У умственно отсталых детей, имеющих нарушения зрения, выявляется недоразвитие двигательной сферы, выражающееся в низкой точности движений головы, рук, тела. Характерно множество лишних движений, неумение объединять отдельно выполняемые движения в

единое слитное целое, что неизбежно сказывается на их скорости.

Отмечены значительные затруднения при формировании письменной речи.

Коррекционная работа с детьми, имеющими умственную отсталость и нарушения зрения, ориентирована на их социализацию. Ее основные задачи – максимальное преодоление недостатков познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и подготовка воспитанников к участию в посильном производительном труде.

Дети, сочетающие умственную отсталость и нарушения зрения, обучаются девять лет во вспомогательных классах специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждений III вида. Они изучают начальный курс языка, математики, знакомятся с окружающим миром и рядом других доступных их восприятию и необходимых для коррекции развития предметов. В учебный план включаются следующие коррекционные курсы: коррекция недостатков развития (мелкой моторики рук, осязания, мимики), социально-бытовая, пространственная ориентировка, лечебная физкультура (ЛФК), ритмика.

Специальное обучение и воспитание детей с нарушениями зрения и интеллекта практически должно быть организовано с самого начала жизни ребенка. На первое место выступают такие направления обучения, как самообслуживание, хозяйственно-бытовой труд, социально-бытовое поведение, ориентировка в пространстве.

1.8.8. Дети с нарушениями опорно-двигательной системы и интеллекта

К наиболее сложной категории комплексных нарушений развития относятся дети с сочетанием нарушений опорно-двигательной системы и интеллектуальной недостаточности, что требует дифференцированного подхода к их психолого-педагогической коррекции.

Диапазон интеллектуальных нарушений при ДЦП чрезвычайно велик: от незначительных нарушений уровня интеллектуального развития до самых тяжелых степеней умственной отсталости. Выделена группа детей с ДЦП и задержкой психического развития по типу психического инфантилизма, что, безусловно, определяет несколько иной путь развития ребенка (Власова Т.А., Певзнер М.С., 1973; Ипполитова М.В., 1985; Мастюкова Е.М., 1985; Калижнюк Е.С., 1972; и др.). У этих детей отмечается замедленный темп развития и неравномерность, диспропорциональность формирования отдельных психических функций, что дает основание относить выявленные особенности психического состояния к своеобразной дизонтогении или к аномалии психического развития (Кириченко Е.И., 1975).

Для детей с ДЦП в сочетании с умственной отсталостью характерен ранний период поражения мозговых систем и тотальное их недоразвитие. Первичным дефектом при этой форме аномалии развития является

недоразвитие высших форм мыслительной деятельности – абстрактного мышления. У детей наблюдаются выраженные нарушения сенсорно-перцептивных процессов, что проявляется в несформированности константности и предметности восприятия, в замедленном темпе узнавания предметов, в трудностях обобщения сенсорных сигналов (Мамайчук И.И., 1978). Исследования М.В. Ипполитовой, Е.М. Мастюковой, Н.В. Симоновой дают развернутую картину структуры нарушений при ДЦП и умственной отсталости.

Анализ особенностей интеллектуального дефекта у этих детей показывает, что у них может проявляться выраженное недоразвитие таких высших корковых функций, как оптико-пространственный гнозис, конструктивный праксис, счет. Нарушения оптико-пространственного гнозиса сказывается в трудностях узнавания и воспроизведения геометрических фигур, в затруднениях при рисовании, конструировании, выполнении заданий по ручному труду (дети не в состоянии воспроизвести на бумаге заданный образец). У них затруднено формирование понятий, отражающих положение предметов в пространстве; они испытывают трудности при складывании из частей целого, в конструктивном праксисе. Недоразвитие абстрактного мышления проявляется и при усвоении счета. Проблемы с усвоением счета оказываются у них весьма стойкими и в большей степени выступают на более поздних этапах обучения.

Выраженной особенностью умственно отсталых детей с ДЦП является также нарушение целенаправленной деятельности, поведения, эмоционально-волевой сферы. Им, как правило, свойственны непоследовательность в изложении мыслей, неумение выделять главное в содержании рассказа, в сюжетной картинке. Обнаруживается крайняя неравномерность в усвоении знаний по отдельным предметам.

Такие дети нуждаются в разработке индивидуальных коррекционных программ, при создании которых важно учитывать форму, степень тяжести нарушения, специфику психических функций и возраст ребенка.

1.8.9. Система психологической и коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями в развитии

Психологическая и коррекционно-педагогическая помощь детям с комплексными нарушениями развития ориентирована на разрешение их индивидуальных и социальных нужд, что требует упорядочивания форм и функциональных систем.

В настоящее время в нашей стране существует большое разнообразие специальных общеобразовательных учреждений. Для детей дошкольного возраста функционируют детские сады, коррекционно-развивающие центры и т.д. Дети школьного возраста, имеющие различные отклонения в развитии, обучаются в специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях I-VIII видов. Специальных

учреждений для детей с комплексными нарушениями развития действуют практически единицы; наиболее известные из них Сергиево-Посадский детский дом слепоглухих в Московской области, Головеньковский дом-интернат для умственно отсталых слепых и слабовидящих детей в Тульской области. Дети, имеющие сочетания различных нарушений, могут оказаться в стенах любого специального (коррекционного) учреждения, которые профилированы на какой-либо один дефект. В связи с этим для них создаются либо группы, либо классы, в которых они воспитываются и обучаются.

На основе изучения различных категорий детей со сложными нарушениями развития следует выделить определенные принципы и положения, значимые для теоретического обоснования такой системы, для успешности коррекционной работы с детьми.

1. В основе построения системы психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития лежит *принцип гуманизма*, который означает веру в потенциальные возможности ребенка, признание человека высшей жизненной ценностью. Все направления психологической и коррекционно-педагогической помощи должны способствовать развитию ребенка, максимальному безболезненному его вхождению в социальную жизнь.

2. Психологическая и коррекционно-педагогическая помощь таким детям прежде всего *ориентирована на социализацию*.

Рассматривая этот подход в общем виде, можно сказать, что он охватывает проблему взаимодействия личности и общества в аспекте социального формирования личности и ее саморазвития.

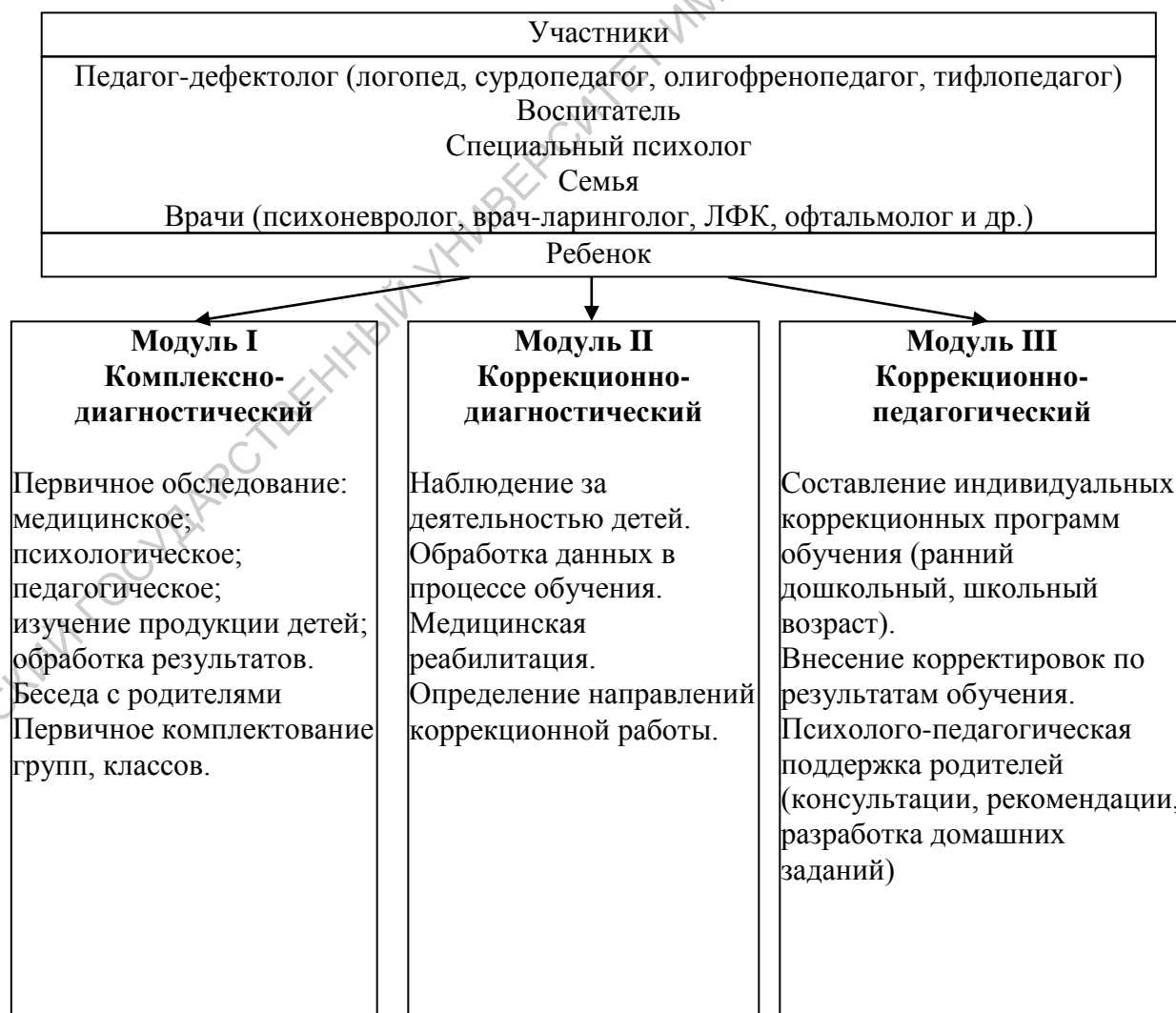
В отношении детей, имеющих комплексные нарушения развития, доминирующим становится формирование жизненных навыков, которые могут проявиться в достижении умения реализовать определенные функции и действия под влиянием специального обучения и воспитания на всем протяжении коррекционного психолого-педагогического процесса. Для человека, имеющего сочетание различных отклонений в развитии, необходимо найти такие формы и направления воздействия, которые окажутся решающими для его социального включения в жизнь людей.

3. Важным для успешности коррекционного взаимодействия является *принцип целостности*, который предполагает единство диагностики и коррекции. Как известно, конкретной воспитательной и педагогической работе предшествует этап комплексного диагностического обследования, на основе которого составляется первичное заключение об уровне развития ребенка, определяются цели и задачи целенаправленного воздействия на него. В то же время реализация плана коррекционных мероприятий требует систематического контроля динамических изменений в развитии ребенка, его поведения, деятельности и т.д. Его результаты позволяют своевременно вносить необходимые коррективы в программу педагогической помощи.

4. К числу важнейших положений организации коррекционно-педагогической работы относится принцип комплексного воздействия.

Современные исследования в области специальной психологии и педагогики позволяют наиболее полно раскрыть содержательную основу этого принципа. Рассматривая организацию помощи детям с проблемами развития, отметим, что ее успешная реализация требует взаимодействия специалистов разного профиля. Это предполагает создание единой объединенной системы научно-практических служб – педагогической, психологической, медицинской. В этом отношении следует назвать исследование О.Н. Усановой (1995), в котором раскрывается концепция комплекса параллельных служб в системе образования, ориентированных на оказание психологической, коррекционно-педагогической, социально-педагогической и медицинской помощи и поддержки детям. Использование этого принципа обеспечивает принятие в отношении каждого ребенка, имеющего сложное нарушение, объективных решений на основе данных комплексной диагностики и учета ее результатов всеми участниками учебно-коррекционно-воспитательного взаимодействия.

**Система коррекционной работы с детьми,
имеющими комплексные нарушения
развития**



1.8.10. Роль семьи в системе психологической и коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями в развитии

Важная роль в системе становления и развития личности ребенка отводится семейному воспитанию. От взаимоотношений родителей и ребенка, родителей и специалистов зависит то, насколько адекватными станут взаимоотношения ребенка с окружающими, с социальной средой.

В специальной литературе достаточно много работ посвящено проблеме участия родителей, имеющих детей с различными отклонениями развития, в коррекционно-педагогическом процессе, значению семейного воспитания для детей с речевой патологией (Н.С. Жукова, О.Н. Усанова, Т.Б. Филичева, М.Ф. Фомичева, С.Н. Шаховская и др.); для глухих и слабослышащих детей (Б.Д. Корсунская, Э.И. Леонгард, Н.А. Морева, Е.Ф. Рау, Н.Д. Шматко и др.); для умственно отсталых детей (С.Д. Забрамная, Т.Н. Исаева, М.С. Певзнер, В.Г. Петрова и др.); для детей с ДЦП (Р.Д. Бабенкова, М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова и др.); для детей с нарушениями зрения (М.И. Земцова, Л.И. Солнцева, С.М. Хорош и др.). Проблемам оказания психологической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, посвящены исследования В.В. Ткачевой (2005). Многие материалы по воспитанию в семье детей с комплексными нарушениями развития мы находим в публикациях Т.А. Башиловой (2001).

Следует признать, что практически ни одну семью, где рождается ребенок с отклонениями в развитии, не обходят проблемы, осложняющие взаимоотношения между ее членами; в каждой возникает множество вопросов в отношении организации жизнедеятельности и воспитания ребенка в семейных условиях.

Появление ребенка с множественными нарушениями в развитии действует на родителей удручающе. В большинстве своем это проявляется как сильнейший психологический стресс, родители пребывают в состоянии растерянности и страха. Угнетенность, раздражительность, замкнутость, чувство собственной неполноценности и вины становятся постоянными «спутниками» во многих таких семьях. На этом фоне происходит ухудшение внутрисемейных отношений, замыкание каждого члена на своих проблемах.

Одним из условий преодоления психологического стресса является включение родителей в активную деятельность, связанную с воспитанием малыша. Большинство из них постепенно обретают силы и подключаются к активному поиску реальных путей помощи своему ребенку. Задача специалиста – содействовать родителям в освоении науки воспитания и обучения.

Для достижения положительных результатов необходимо проведение ряда мероприятий, специально ориентированных на

родителей. Это могут быть консультации, фрагменты совместной деятельности педагогов и родителей, беседы-разъяснения, во время которых конкретизируются цели и задачи работы с детьми в домашних условиях.

Таким образом, согласно комплексному подходу к психологической и коррекционно-педагогической работе с детьми, имеющими сочетание различных нарушений, роль семьи состоит в систематической и целенаправленной помощи ребенку, осуществляемой в единстве со всеми участниками системы коррекционного процесса

Список литературы

Басилова Т.А. Психология детей со сложными нарушениями развития // Основы специальной психологии. М., 2002.

Епифанова Г.К. Сергиево-Посадский детский дом слепоглухих. М., 2003.

Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст. М., 1997.

Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. М., 2002.

Специальная педагогика / под ред. Н.М. Назаровой. М., 2001.

2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

2.1. ВОПРОСЫ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

2.1.1. Психодиагностика как наука

Психодиагностика - это область психологической науки и одновременно важнейшая форма психологической практики, которая связана с разработкой и использованием разнообразных методов распознавания индивидуальных психологических особенностей человека. Сам по себе термин «диагностика» образован от известных греческих корней («диа» и «гнозис») и буквально истолковывается как «различительное познание».

Термин «диагностика» в настоящее время активно используется не только в психологии и педагогике, но и в медицине, в технике, в других областях науки и общественной практики. Согласно современному общенаучному представлению, под термином «диагностика» подразумевают распознавание состояния определенного объекта или системы путем быстрой регистрации его существенных параметров и последующего отнесения к определенной диагностической категории с целью прогноза его поведения и принятия решения о возможностях воздействия на это поведение в желательном направлении. Соответственно, о психодиагностике мы говорим тогда, когда речь идет об особом роде объектах диагностического познания — о наделенных психикой конкретных людях.

Как теоретическая дисциплина общая психодиагностика рассматривает закономерности вынесения валидных и надежных диагностических суждений, правила «диагностических умозаключений», с помощью которых осуществляется переход от признаков или индикаторов определенного психического состояния, структуры, процесса к констатации наличия и выраженности этих психологических «переменных». Иногда такие правила сравнительно просты, иногда довольно сложны, в одних случаях, «встроены» в сам диагностический инструмент, в других - требуют особой работы с диагностическими показателями: стандартного сравнения профилей, расчета интегральных по показателям, сопоставления с альтернативными диагностическими пробами, экспертной интерпретации, выдвижения и отбрасывания гипотез.

Связь психодиагностики, с одной стороны, и теоретико-экспериментальной психологии, с другой, имеет двусторонний характер. Психодиагностика в целом - не только воплощение понятий соответствующих дисциплин в конкретных методиках, но и способ

проверки истинности теоретико-психологических построений. Если, например, предполагается, что деятельность людей существенно отличается по мотивам, то должны быть найдены методы, выявляющие различные мотивы у разных людей. Если предполагается, что не существует психически здорового человека, который не имел бы какой-либо мотивации, то не может существовать валидных методов, которые бы диагностировали отсутствие всякой мотивации у конкретного лица, не являющегося психически больным. Если бы относительно некоторых теоретически выделенных мотивов оказалось невозможным обнаружить дифференциально-психологические различия или была бы обнаружена группа психически здоровых людей, у которых отсутствовала всякая мотивация, то это означало бы существенную недоработку самого понятия мотива.

Общая психодиагностика преимущественно связана с общей, социальной, дифференциальной психологией; частная психодиагностика - с такими областями психологии, как медицинская, возрастная, юридическая, военная психология, психология труда, спорта и т.д.

Психология соответствующей предметной области составляет одну из составных частей психодиагностики. Другая базовая дисциплина, являющаяся фундаментом общей психодиагностики и тем самым составной ее частью, - это дифференциальная психометрика, наука, обосновывающая и разрабатывающая измерительные диагностические методы.

Третье основание психодиагностики — практические сферы применения психологического знания, которые выдвигают психодиагностические задачи и обосновывают выделение комплексных, интегральных переменных, выступающих как объекты психодиагностики. Так, например, существуют профессии, в которых чрезвычайно важна стрессоустойчивость — способность сохранять контроль и работоспособность в угрожающих ситуациях. Значимость этой переменной выделена практикой - если бы не существовало профессий, которые связаны со стрессом, не было бы необходимости ее диагностировать. Однако практика не только показывает важность того или иного качества, но и позволяет выделить само диагностируемое качество. Научная психология пытается выразить эти качества через систему понятий; в результате такие комплексные понятия, как стрессоустойчивость, профессиональная эффективность, способность и т.д., выражаются через систему базисных психологических понятий, таких, как потребности, мотивы, умения, установки. Конечно, такой переход от эмпирически выделенных переменных к их выражению в теоретических понятиях происходит не сразу и не автоматически. Зачастую происходит параллельная диагностическая разработка практически важных комплексных (не только психологических по природе) переменных, более теоретически проработанных, но все же описательных психологических переменных (например, черты, способности) и, наконец, наиболее

теоретических психологических конструктов (например, познавательные функции, мотивы, когнитивная организация, самоотношение и т.д.).

Области деятельности, в которых возникают психодиагностические задачи: образование в процессе оптимизации обучения и воспитания; расстановка кадров; профотбор; прогнозирование социального поведения; при консультировании; оказание психотерапевтической помощи; в судебной психолого-психиатрической экспертизе; прогнозирование психологических последствий изменения среды и т.д.

Прикладные задачи психодиагностики.

1. Выяснение состояния развитости соответствующего свойства.
2. Определение динамики развития свойства и преобразования его в течении определенного времени.
3. Установление реальных изменений в психологии и поведении индивида или группы, которые произошли под влиянием организованных учебно-воспитательных воздействий.
4. Определение перспектив развития того или иного качества личности на основе анализа законов его развития в прошлом.
5. Разделение обследуемых людей или групп на категории для дальнейшей дифференцированной работы с ними с учетом достигнутых результатов развития.
6. Определение пригодности индивида или группы для решения тех или иных задач.
7. Определение соответствия или не соответствия психологии и поведения индивида или группы некоторой медицинской или социальной норме с целью проведения психокоррекционной работы.
8. Выработка рекомендаций для индивида или группы с целью выбора жизненного пути и дальнейшего самообразования.

Таким образом, теоретическая психодиагностика обусловлена тремя областями психологического знания: предметной областью психологии, изучающей данные явления, психометрикой – наукой об измерении индивидуальных различий в диагностируемых переменных и практикой использования психологического знания.

2.1.2. Классификация и общая характеристика методов психодиагностики

Общая характеристика методов психодиагностики

В настоящее время созданы и практически используются методы психодиагностики, которые охватывают все известные науке психологические процессы, свойства и состояния человека. Создание, описание и научное признание права на существование новых научных понятий и соответствующих им явлений идет рука об руку с разработкой пригодных для их экспериментального изучения психодиагностических

средств. Дела в психологии, как науке, поправляются по той причине, что в начале XX в. в ней были официально признаны и приняты те требования, которые к понятиям и методам исследования предъявляют в наиболее развитых современных науках, в частности, физике. Это требования операционализации и верификации.

Под *операционализацией* понимается требование, согласно которому при введении новых научных понятий обязательно необходимо четко указывать на конкретные процедуры, приёмы и методы, с помощью которых можно практически удостовериться в том, что явление, описанное в понятии, действительно существует. Операционализация предполагает указание на практические действия или операции, которые может выполнить любой исследователь, чтобы убедиться в том, что определенное в понятии явление обладает именно теми свойствами, которые ему приписываются.

Требование *верификации* означает, что всякое новое понятие, вводимое в научный оборот и претендующее на получение статуса научного, обязательно должно пройти проверку на его непустоту. Последнее предполагает наличие методики экспериментальной диагностики того явления, которое описано в данном понятии. Слово «верификация» буквально обозначает «проверка». Эта проверка непустоты понятия, т.е. реальности существования явления, определяемого этим понятием, должна быть осуществлена при помощи соответствующей психодиагностической процедуры.

Если, например, мы вводим в научный оборот понятие «мотив», то сначала необходимо дать точное определение этого понятием через известные другие понятия и доступные способы диагностики явлений, входящих в содержание данного понятия (операционализация). Допустим, что таким определением является следующее: «Мотив — это внутренний, психологический, осознанный или неосознаваемый побудительный источник действий человека, придающий им целенаправленность и поддерживающий их активность». (Предполагается, что нам уже известно, что такое «побудительный источник», «осознаваемый или неосознаваемый» и «активность»; в противном случае необходимо было бы дополнить общее определение мотива частными определениями данных понятий, вести эту работу до тех пор, пока в определяющей части всех понятий не останется ни одного термина, требующего дополнительного разъяснения.) На следующем шаге операционализации понятия «мотив» мы обязаны были бы предложить психодиагностическую методику, с помощью которой можно было бы удостовериться в том, что то, что утверждается в определяющей части данного понятия, действительно существует. На заключительном этапе мы должны были бы осуществить практическую проверку существования явления «мотив» во всех приписанных ему в определении свойствах. Это и будет верификацией понятия. Таким образом, как операционализация, так и верификация понятий требуют обращения к психодиагностике, но только

операционализация предполагает теоретический, а верификация — практический шаг на этом пути.

Большинство созданных и применяемых практических психодиагностических методик представляют собой, так называемые, *бланковые методики* — такие, в которых испытуемому предлагают серию суждений или вопросов, на которые он должен в устной или письменной форме дать ответ. По полученным ответам испытуемого, в свою очередь, судят о психологии того человека, который эти ответы предложил. Широкая распространенность и практический интерес к бланковым методикам объясняются тем, что они относительно просты как для разработки, так и для использования и обработки получаемых результатов.

Второе место по частоте встречаемости занимают *опросные методики*, в процессе применения которых исследователь психологии человека задает испытуемому устные вопросы, отмечает и обрабатывает его ответы. Эти методики хороши тем, что не требуют подготовки специальных бланков и позволяют психодиагносту вести себя в отношении испытуемого достаточно гибко. Недостатком опросных методик является субъективность, которая проявляется как в выборе самих вопросов, так и в интерпретации ответов на них. Кроме того, опросные методики трудно стандартизировать и, следовательно, добиться высокой надежности и сравнимости получаемых результатов.

Третье место по частоте использования занимают *рисуночные психодиагностические методики*. В них для изучения психологии и поведения испытуемых используются созданные ими рисунки, которые могут иметь как заданный тематически, так и спонтанный характер. Иногда применяется приём интерпретации испытуемыми стандартных, готовых изображений. Нередко в содержании этих изображений в наглядной форме представлены задачи, которые испытуемый должен решить (например, тест Равена).

Первый и третий из описанных типов психодиагностических методик могут иметь два варианта: ручной и компьютерный. При ручном варианте методика с начала и до конца используется без применения средств электронно-вычислительной техники для презентации или обработки экспериментального материала. В компьютерном варианте на одном из указанных этапов психодиагностики применяется электронно-вычислительная техника. Например, текстовый и рисуночный материал можно предъявлять испытуемым через монитор компьютера, а процессор машины использовать для производства количественных вычислений, а также вывода на печать получаемых результатов.

Особое место среди психодиагностических методик занимают *проективные*, которые, в свою очередь, могут быть бланковыми, опросными, рисуночными.

Частота их практического использования также достаточно велика и из года в год возрастает по той причине, что методики этой группы наиболее валидные и информативные.

Следующая группа методик — *объективно-манипуляционные*. В них решаемые испытуемыми задачи предлагаются им в форме реальных предметов, с которыми предстоит нечто сделать: собрать из заданных материалов, изготовить, разобрать и т. п.

Опираясь на представленную попытку разделения психодиагностических методик на группы, попробуем предложить более развернутую их классификацию, выделив вначале общие критерии, в соответствии с которыми далее методы психодиагностики будут разделены на частные группы. Такими критериями являются следующие.

1. Тип применяемых в методике тестовых задач.
2. Адресат используемого в методике тестового материала.
3. Форма представления тестового материала испытуемым.
4. Характер данных, используемых для выводов о результатах психодиагностики.
5. Наличие в методике тестовых норм.
6. Внутреннее строение методики.

По типу применяемых тестовых заданий психодиагностические методики делятся на следующие группы:

– *опросные* (в них используются вопросы, адресуемые испытуемым);

– *утверждающие* (в них употребляются некоторые суждения или утверждения, с которыми испытуемый должен выразить свое согласие или несогласие);

– *продуктивные* (здесь применяется тот или иной вид собственной творческой продукции испытуемого: вербальной, образной, материальной, спонтанно созданной или воспроизведенной по инструкции самим испытуемым);

– *действенные* (испытуемый получает задание выполнить некоторый комплекс практических действий, по характеру которых судят о его психологии);

– *физиологические* (в данном случае психодиагностика производится на основе анализа произвольных физических или физиологических реакций организма человека).

К примеру, для оценки психологии некоторого человека можно использовать его ответы на прямые или косвенные вопросы, его согласие или несогласие с теми или иными суждениями, результаты его устной, письменной, изобразительной, технической или иной деятельности, его произвольные и произвольные действия и реакции в ответ на некоторые стимулы и многое другое. Этой же цели могут служить также электроэнцефалограмма, электрокардиограмма, электромиограмма, кожно-гальваническая реакция (КГР) и другие рефлексy, включая сердечно-сосудистые рефлексy и рефлексy дыхательной системы.

По адресату тестового материала психодиагностические методики делятся на *сознательные*, апеллирующие к сознанию испытуемого, и

бессознательные, направленные на неосознаваемые реакции человека. Примером методик первого типа могут служить опросники, а примером второго — проективные методики.

По форме представления тестового материала испытуемым психодиагностические методики делятся на следующие группы:

- *бланковые* (представляют собой тестовый материал в письменной или какой-либо иной знаковой форме: рисунок, схема и т.п.);
- *технические* (презентируют испытуемому тестовый материал в аудио-, видео- или киноформе, а также через иные технические устройства и машины), сенсорные (представляют материал в виде физических стимулов, непосредственно адресованных органам чувств).

По характеру данных, используемых для психодиагностических выводов, методики подразделяются на следующие группы:

- *объективные* (используются показатели, не зависящие от сознания и желания испытуемого или экспериментатора);
- *субъективные* (употребляются данные, зависящие от желания и сознания экспериментатора или испытуемого, относящиеся к их внутреннему опыту и зависящие от него).

Примером методик объективного типа могут служить тесты, включающие анализ физиологических, рефлексивных показателей или практических результатов деятельности испытуемого, при пользовании, которыми субъективизм в оценках сведен к минимуму. С другой стороны, классическим примером методики субъективного типа является такая, которая в основном опирается на интроспекцию и выводы, делаемые на базе интуиции и внутреннего опыта.

По критерию наличия тестовых норм психодиагностические методики делятся на имеющие подобные нормы и не располагающие ими.

Наконец, по внутренней структуре психодиагностические методики можно разделить на следующие группы:

- *мономерные*;
- *многомерные*.

Первые характеризуются тем, что в них диагностируется и оценивается единственное качество или свойство, а вторые — тем, что они предназначены для психодиагностики и оценки сразу нескольких однотипных или разнотипных психологических качеств человека. В последнем случае психодиагностическая методика подразделяется, как правило, на несколько частных методик — подшкал, оценивающих отдельные психологические качества. Например, известный тест Спилбергера—Ханина для оценки тревожности — это мономерная методика, а личностный тест Кеттелла — многомерная методика.

Одна и та же психодиагностическая методика одновременно может рассматриваться и квалифицироваться с разных сторон, по различным критериям. Поэтому почти любую методику можно отнести не к одной, а сразу к нескольким классификационным группам. В этой связи

выделенные и описанные выше критерии классификации психодиагностических методик следует расценивать не как взаимоисключающие, а как взаимодополняющие друг друга в характеристике разных методик, как возможные аспекты их анализа и разделения на классы.

В отдельную группу выделяются психодиагностические методики, основанные на *качественном* и *количественном* анализе экспериментальных данных. В первом случае диагностируемое свойство описывается в известных научных понятиях, а во втором случае — через относительную степень его развития у данного человека по сравнению с другими людьми. Иногда количественные и качественные характеристики сочетаются в рамках одной и той же методики, так что в итоге изучаемое свойство получает двойную, количественно-качественную характеристику. Например, в тесте А.Е. Личко, предназначенном для диагностики акцентуаций характера у подростков, каждая из изучаемых черт характера имеет двойную характеристику, и количественную, и качественную одновременно.

Все методы психодиагностики можно также разделить на *научные* и *практические*, хотя такое деление условно: большинство известных психодиагностических методик используется как в практической психодиагностике, так и в научно-исследовательском экспериментировании. Однако между ними все же есть разница, которая заключается в том, что научно-исследовательские методики главным образом ориентированы на выявление и последующее изучение того или иного психологического качества в целях его сугубо научного познания, а практические — на оценку степени его развития и использования в практических целях. Кроме того, научная методика может быть уникальной, трудоемкой, дорогостоящей и применяться только в рамках научного исследования, будучи из-за указанных ее качеств непригодной для широкой практической психодиагностики. Практическая же методика, напротив, должна быть универсальной, простой и относительно дешевой.

Существование множества психодиагностических методик объясняется не только большим количеством свойств, которые с их помощью приходится оценивать, но также тем, что практически все методики имеют ограничения в применении, в силу которых приходится создавать и использовать другие методики, не обладающие подобными ограничениями. Рассмотрим в этой связи достоинства и недостатки некоторых типов методик. Достоинство методик обращенных к сознанию, в том, что они позволяют судить о психологии данного человека непосредственно на основе того, что говорит он о себе или окружающие люди о нем. Однако испытуемый может недостаточно искренне или не критично отвечать на адресованные ему вопросы, в том числе под влиянием субъективно воспринятой инструкции, предвзятого отношения к психодиагносту или ситуации психодиагностики. Словом, сознательное субъективное искажение результатов тестирования — один из самых

серьезных недостатков данной группы методик. Правда, некоторые специальные приемы, используемые конструкторами подобных методик, в частности, введение в ее структуру контрольных вопросов, суждений, специально оценивающих степень искренности отвечающего, позволяют существенно снизить уровень субъективности получаемых результатов. Вместе с тем заметим еще раз: полностью избежать данного недостатка в подобного типа методиках практически невозможно, что делает их не всегда валидным, надежным и однозначным измерительным инструментом.

Преимущество объективных методик, опирающихся не на словесные ответы, самохарактеристики или самооценки, а на не зависящие от сознания человека произвольные действия и реакции, а также продукты его деятельности, заключается в том, что они позволяют избежать субъективности, и в этой связи достаточно надежны. Вместе с тем их валидность и однозначность, а также точность иногда доставляют желать лучшего. Поясним сказанное. Объективные показатели не всегда отражают своими изменениями именно те психологические свойства, для оценивания которых они предназначаются. Например, физиологические реакции не всегда соответствуют психологическим свойствам и состояниям человека. Они, кроме того, связаны с сиюминутными физическими состояниями организма, а не только психологическими процессами, и в этом смысле не вполне однозначны. Наконец, для показателей подобного рода трудно разработать тонкую измерительную шкалу, позволяющую выявлять различные степени проявления диагностируемого качества и дифференцированно их оценивать. Другими словами, объективные показатели не являются точными мерками силы отражаемого в них свойства. Допустим, что для выводов о наличии у ребенка определенного отношения к членам своей семьи используются особенности рисунка семьи, сделанного самим ребенком. Такой рисунок, как показано в многочисленных исследованиях, действительно может отражать сложившиеся в семье отношения, но, помимо этого, также и художественно-изобразительные способности ребенка, его желание рисовать, стремление понравиться психологу, настроение в момент тестирования и многое другое. В зависимости от всего этого может меняться характер рисунка, в том числе те признаки, по которым обычно судят об отношениях ребенка к отдельным членам семьи.

Проективные методики по сравнению со всеми уже рассмотренными имеют одно весьма существенное достоинство: они, как правило, валидны и относительно надежны при высоком уровне профессиональной подготовки пользователя. Они менее субъективны и мало подвержены случайным, ситуативным влияниям. Недостаток их — трудоемкость и значительные временные затраты, необходимые для получения нужного психодиагностического результата.

Методики, позволяющие получать количественные данные, отражающие степень развитости изучаемого свойства, дают возможность

использовать меры и методы количественной обработки результатов психодиагностики. В то же самое время с помощью таких методик невозможно отличить друг от друга качественно различные психологические свойства, имеющие одинаковые количественные показатели. Скажем, если с помощью методики Д. Маккелеланда, Дж. Аткинсона и других мы оцениваем силу мотивации достижения успехов, то, получив те или иные показатели, не в состоянии судить о том, является ли мотивация достижения успехов различной у тех испытуемых, которые имеют количественно одинаковые данные. А между тем она может быть качественно различной. В свое время Х. Хекхаузен показал, что в общем показателе силы мотивации достижения успехов по Д. Маккелеланду и др. на самом деле скрываются два качественно различных мотива: мотив — стремление к успехам и мотив — стремление избежать неудачи. Два человека, имеющие одинаковые по силе мотивы достижения успехов, могут существенно отличаться друг от друга тем, что стремятся к успехам в совершенно разных сферах человеческой деятельности: один — в бизнесе, другой — в искусстве, третий — в спорте и т. п.

С другой стороны, методики, которые опираются только на качественный анализ экспериментальных данных, не позволяют применять количественных методов обработки результатов, судить об уровне развития соответствующих свойств и напрямую доказывать причинно-следственные отношения между изучаемыми переменными.

Классификации психодиагностических методов

Психодиагностические методы объединяют в группы по разным основаниям. Вот некоторые наиболее распространенные классификации методов психодиагностики.

1. Классификации методов по Й. Шванцаре

Й. Шванцара объединяет психодиагностические методы в группы по следующим основаниям:

- по используемому материалу (вербальные, невербальные, манипуляционные, тесты «бумаги и карандаша» и т.д.);
- по количеству получаемых показателей (простые и комплексные);
- тесты с «правильным» решением и тесты с возможностью различных ответов;
- по психической активности испытуемых:
 - интроспективные (сообщение испытуемого о личном опыте, отношениях): анкеты, беседа;
 - экстропективные (наблюдение и оценка разнообразных проявлений);
 - проективные (испытуемый проецирует неосознаваемые

свойства личности (внутренние конфликты, скрытые влечения и др.) на малоструктурированные, многозначные стимулы;

– исполнительные. Испытуемый осуществляет какое-либо действие (перцепционное, мыслительное, моторное), количественный уровень и качественные особенности которого являются показателем интеллектуальных и личностных черт.

2. Классификации психодиагностических методов по В.К. Гайде, В.П. Захарову

Авторы этих классификаций объединяют психодиагностические методы по следующим основаниям:

- по качеству:
 - ✓ стандартизованные;
 - ✓ нестандартизованные.
 - по назначению:
 - ✓ общедиагностические (тесты личности по типу опросников Р. Кеттелла или Г. Айзенка, тесты общего интеллекта);
 - ✓ тесты профессиональной пригодности;
 - ✓ тесты специальных способностей (технических, музыкальных, тесты для пилотов);
 - ✓ тесты достижений;
 - ✓ по материалу, которым оперирует испытуемый:
 - ✓ бланковые;
 - ✓ предметные (кубики Кооса, «сложение фигур» из набора Векслера);
 - ✓ аппаратурные (устройства для изучения особенностей внимания и т.д.);
 - ✓ по количеству обследуемых: индивидуальные и групповые;
 - ✓ по форме ответа: устные и письменные;
 - ✓ по ведущей ориентации: тесты на скорость, тесты мощности, смешанные тесты; в тестах мощности задачи трудны и время решения не ограничено; исследователя интересует как успешность, так и способ решения задачи;
 - ✓ по степени однородности задач: гомогенные и гетерогенные (отличаются тем, что в гомогенных задачи схожи друг с другом и применяются для измерения вполне определенных личностных и интеллектуальных свойств; в гетерогенных тестах задачи разнообразны и применяются для оценки разнообразных характеристик интеллекта);
- По комплексности: изолированные тесты и тестовые наборы (батареи):
- по характеру ответов на задачи: тесты с предписанными ответами, тесты со свободными ответами;
 - по области охвата психического: тесты личности и интеллектуальные тесты;
 - по характеру умственных действий: вербальные, невербальные.

3. Классификации психодиагностических методов по А.А. Бодалеву, В.В. Столину

Авторы объединяют методы психодиагностики в группы по разным основаниям:

- по характеристике того методического принципа, который положен в основу данного приема:
 - объективные тесты (в которых возможен правильный ответ, т.е. правильное выполнение задания);
 - стандартизованные самоотчеты;
 - тесты-опросники, открытые опросники;
 - шкальные техники (семантический дифференциал Ч. Осгуда), субъективная классификация;
 - индивидуально-ориентированные техники (идеографические) типа ролевых репертуарных решеток;
 - проективные техники;
 - диалогические техники (беседы, интервью, диагностические игры).

По мере вовлеченности в диагностическую процедуру самого психодиагноста и степени его влияния на результат психодиагностики: объективные и диалогические. Первые характеризуются минимальной степенью вовлеченности психодиагноста в процедуру проведения, обработки и интерпретации результата, вторые – большей степенью вовлеченности. Мера вовлеченности характеризуется влиянием опыта, профессиональных навыков, личности экспериментатора и других его характеристик, самой диагностической процедурой. Ниже приведена шкала, на которой располагается весь континуум психодиагностических методов от полюса объективных до полюса диалогических.

Объективные	Диалогические
Тесты Многие опросники Шкальные техники	Беседы Интервью Диагностические игры Патопсихологический эксперимент Некоторые проективные методики

2.1.3. Проективные методы в психологии

Специфика применения проективных методов в психодиагностике

Впервые для обозначения определенной группы методов понятие проекции стало использоваться Л. Франком (1939). В основе проективного исследования личности лежат три принципа.

1. Исследование направлено на уникальное в структуре личности. В отличие от традиционных психометрических процедур личность

рассматривается как система взаимосвязанных процессов, а не перечень способностей или черт.

2. Личность в проективном подходе изучается как относительно устойчивая система динамических процессов, организованных на основе потребностей, эмоций и индивидуального опыта.

3. Эта система основных динамических процессов постоянно, активно действует на протяжении жизни индивида, «формируя, направляя, искажая, изменяя и переиначивая каждую систему в структуру внутреннего мира индивида».

С точки зрения проективного подхода, каждое новое действие, каждое эмоциональное проявление индивида, чувства, высказывания, двигательные акты несут на себе отпечаток личности. Данное положение обычно является проективной гипотезой.

Отличительные признаки проективных методик:

- неопределенность стимульного материала или инструкции к заданию, благодаря чему испытуемый обладает относительной свободой в выборе ответа или тактики поведения;
- деятельность испытуемого протекает в атмосфере доброжелательности и при полном отсутствии оценочного отношения со стороны экспериментатора; этот момент, а также то, что испытуемый обычно не знает, что в его ответах диагностики значимо, приводят к максимальной проекции личности, не ограничиваемой социальными нормами и оценками;
- проективные методики измеряют не ту или иную психическую функцию в отдельности, а своего рода модус личности в ее взаимоотношениях с социальным окружением.

Характерными особенностями проективных методов являются и три отличия их интерпретации:

- 1) отсутствие фиксированной однозначной шкалы нормативов при оценке результатов;
- 2) многозначность каждого отдельного показателя и необходимость сведения всех показателей в единую психологически осмысленную структуру;
- 3) опора на понятие проекции, обозначающее факт привнесения в любую психическую деятельность собственных личностных особенностей.

В настоящее время существует целый ряд классификаций, отражающих многообразие проективных методик. Остановим свое внимание на классификации Л. Франка. С точки зрения автора, можно выделить восемь видов проективных методик.

1. **Конституитивные методики** — структурирование, оформление стимулов придания им смысла (тест чернильных пятен Роршаха, тест облаков).

2. **Конструктивные методики** — создание из оформленных деталей осмысленного целого (тест Мира).

3. **Интерпретативные методики** — истолкование какого-либо

события, ситуаций (тематический апперцептивный тест — ТАТ, тест фрустрации Розенцвейга, тест Сонди).

4. **Катартические методики** — осуществление игровой деятельности в особо организованных условиях (психодрама, проективная игра).

5. **Экспрессивные методики** — рисование на свободную или заданную тему (тест «Дом—дерево—человек», тест «Несуществующее животное»).

6. **Импрессивные методики** — предпочтение одних стимулов другим, обусловившее их отбор как наиболее желательных (тест Люшера).

7. **Аддитивные методики** — завершение предложения, рассказа, истории (метод незаконченных предложений, ассоциативный тест Юнга).

8. **Рефрактивные методики** — непреднамеренные изменения (нарушения) в устной или письменной речи (графические пробы).

Остановимся подробнее на особенностях применения некоторых проективных методик в специальной психологии.

Метод цветowych выборов - тест М. Люшера

Методика опубликована М. Люшером в 1948 г. Она основана на субъективном предпочтении цветных стимулов. Тест не просто обрисовывает ситуативную реакцию и состояние индивида, а позволяет определить личностные особенности индивида в конкретной ситуации. Данная методика используется как инструмент психодиагностического исследования при решении вопросов профотбора, профориентации, расстановки кадров и психологической совместимости; применяется как дифференциально-диагностический инструмент, в качестве индикатора степени выраженности эмоциональной напряженности, а также при изучении динамики состояния под воздействием психотерапии или медикаментозного лечения. Методика является лаконичной и простой, как в предъявлении, так и в интерпретации. С помощью нее можно выявлять наиболее непосредственные, неподвластные сознанию проявления индивидуально-личностных свойств. При этом полученные данные наглядно демонстрируют связь конституционально заложенных свойств с типом реагирования на средовые воздействия, степень зависимости от этих воздействий или, напротив, сопротивления им и овладения ситуацией с помощью свойственных данному индивиду способов защиты.

Тест Люшера состоит из стандартных разноцветных, вырезанных из бумаги квадратов со стороной 28 мм. В оригинале представлен в двух вариантах: полное исследование с помощью 73 цветных квадратов и краткий тест с использованием восьмицветового ряда.

Процедура обследования протекает следующим образом: испытуемому предлагается выбрать из разложенных перед ним на белом фоне квадратов самый приятный в данный момент, не соотнося его ни с любимым цветом одежды, ни с предпочитаемым тоном обивки мебели.

Освещение должно быть равномерным, достаточно ярким (лучшее проводить исследование при дневном освещении). Расстояние между цветовыми таблицами должно быть не менее 2 см. Выбранный эталон убирается со стола или переворачивается лицом вниз. При этом психолог записывает номер каждого выбранного цветового эталона. Запись идет слева направо. Номера, присвоенные цветовым эталонам, таковы:

Темно-синий	1
Сине-зеленый	2
Оранжево-красный	3
Желтый	4
Фиолетовый	5
Коричневый	6
Черный	7
Серый	8

Каждый раз испытуемому следует предложить выбрать наиболее приятный цвет из оставшихся, пока все цвета не будут отобраны. Через две - пять минут, предварительно перемешав их, цветовые таблицы нужно снова разложить перед испытуемым в другом порядке и полностью повторить процедуру выбора, сказав при этом, что исследование не направлено на изучение памяти и что он может выбирать заново нравящиеся ему цвета так, как ему это будет угодно. Важно отметить, что М. Люшер допускает интерпретацию данных тестирования и на основании однократного выбора.

Функция цвета, отражающая субъективное отношение испытуемого к выбранным цветам, определяется и кодируется согласно правилам М. Люшера следующим образом: «**явное предпочтение**» обозначается знаком «+», который присваивается первым двум предпочитаемым цветам. Из них цвет, стоящий на первой позиции, определяет «основной способ действия», а тот, что расположился на второй, — «цель», к которой стремится испытуемый. Просто «**предпочтение**» (3-я и 4-я позиции) отмечается знаком «X» и указывает на «истинное положение вещей» (ситуацию) и «образ действия», вытекающий изданной ситуации. «**Безразличие**» (5-я и 6-я позиции) обозначается знаком «=» и указывает на неостребованные в данный момент резервы, индифферентную зону, бездействующие свойства личности. «**Неприятие**» (антипатия) — 7-я и 8-я позиции, им присваивается знак «—», их функциональное значение — «подавленные потребности».

Цвета разделяются на основные (1 — темно-синий, 2 — сине-зеленый, 3 — оранжево-красный и 4 — светло-желтый) и дополнительные, среди которых 7 (черный) и 8 (серый) — ахроматические, а 5 (фиолетовый) и 6 (коричневый) — смешанные. Основные цвета символизируют базисные психологические потребности, которые Люшер обозначил как влечение к удовлетворению и привязанности (**синий цвет**); стремление к

самоутверждению (**зеленый**); стремление «действовать и добиваться успеха» (**красный**) и стремление «смотреть вперед и надеяться» (**желтый**). В связи с этим в норме эти цвета должны находиться на первых позициях. Дополнительным цветам не придается особая значимость, приравнивая их к потребностной сфере. Их роль как бы разделяющая или разбавляющая. По мнению Люшера, они не являются психологическими «первоэлементами» и включены в эксперимент в основном для расширения сферы действия основных цветов.

Фрустрационный тест С. Розенцвейга (адаптирован в НИИ им. В. М. Бехтерева)

Методика предложена С. Розенцвейгом в 1945 г. на основе разработанной им теории фрустрации. Стимулирующая ситуация этого метода заключается в схематическом контурном рисунке, на котором изображены два или более человека, занятые еще незаконченным разговором. Изображенные персонажи могут различаться по полу, возрасту и прочим характеристикам. Общим же для всех рисунков является нахождение персонажа во фрустрационной ситуации.

Методика состоит из 24 рисунков, на которых изображены люди, находящиеся во фрустрационной ситуации.

Инструкция: «На каждом рисунке изображены два или несколько человек. Человек слева всегда изображен говорящие какие-то слова. Вам надо на листе ответов под номером, соответствующим рисунку, написать первый пришедший на ум ответ на эти слова. Не старайтесь отделаться шуткой. Действуйте по возможности быстрее».

Ситуации, представленные в тексте, можно разделить на две основные группы.

1. Ситуации «препятствия». В этих случаях какое-либо препятствие, персонаж или предмет, обескураживает, сбивает с толку словом или еще каким-либо способом. Сюда относятся 16 ситуаций — рисунки № 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24.

2. Ситуация «обвинения». Субъект при этом служит объектом обвинения. Их восемь: рисунки № 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21.

Процедура эксперимента организуется согласно приложенной к набору рисунков инструкции. Каждый ответ оценивается с точки зрения двух критериев: направления реакции и типа реакции.

Направленность реакций может быть следующая.

1. Экстрапунитивные реакции (реакция направлена на живое или неживое окружение в форме подчеркивания степени фрустрирующей ситуации, в форме осуждения внешней причины фрустрации, или вменяется в обязанность другому лицу разрешить данную ситуацию).

2. Интропунитивные реакции (реакция направлена субъектом на самого себя; испытуемый принимает фрустрирующую ситуацию как благоприятную, принимает вину на себя или берет на себя ответственность

за исправление данной ситуации).

3. Импунитивные реакции (фрустрирующая ситуация рассматривается испытуемым как малозначащая, как отсутствие чьей-либо вины или как нечто такое, что может быть исправлено само собой, стоит только подождать и подумать).

Реакции различаются также с точки зрения их *типов*.

1 Тип реакции «с фиксацией на препятствии» (в ответе испытуемого препятствие, вызвавшее фрустрацию, всячески подчеркивается или интерпретируется как своего рода благо, а не препятствие, или описывается как не имеющее серьезного значения).

2. Тип реакции «с фиксацией на самозащите» (главную роль в ответе испытуемого играет защита себя, своего «Я», и субъект или порицает кого-то, или признает свою вину, или же отмечает, что ответственность за фрустрацию никому не может быть приписана).

3. Тип реакции «с фиксацией на удовлетворении потребности» (ответ направлен на разрешение проблемы; реакция принимает форму требования помощи от других лиц для решения ситуации; субъект сам берется за разрешение ситуации или же считает, что время и ход событий приведут к ее исправлению).

Из сочетаний этих шести категорий получают девять возможных факторов и два дополнительных варианта. Оценки заносятся в регистрационный лист для дальнейшей обработки.

Тест руки (HAND-TEST)

Методика Э. Вагнера и соавторов «Тест руки» была впервые опубликована в 1962 г. и предназначалась для прогноза открытого агрессивного поведения.

Проективный тест руки содержит девять изображений кистей рук. Десятая карточка пустая: испытуемому предлагают сначала представить себе руку, а потом описать, что эта воображаемая рука может делать. Десять карточек, одна за другой, последовательно предлагают испытуемому, причем последовательность и положение, в котором они даются, стандартны. При этом испытуемому задается вопрос: «Что, по вашему мнению, эта рука делает?» Если испытуемый затрудняется с ответом, ему предлагается следующий вопрос: «Как вы думаете, что делает человек, которому принадлежат эти руки? Назовите все варианты, которые вы себе можете представить». Желательно получить 4 варианта ответов. Если число ответов меньше, уточняется, нет ли желания еще что-либо сказать по данному изображению руки, а в протоколе при единственном варианте ответа проставляется его обозначение со знаком х 4.

Интерпретация ответов по категориям

1. Агрессия (Аг). Это ответы, в которых рука представляется как нападающая, ранящая, приносящая ущерб, агрессивно доминирующая или активно хватающая другое лицо или предмет.

2. Директивность (Дир). Эта категория включает ответы, в которых рука представляется как ведущая, разрушающая или иным образом оказывающая влияние на другое лицо.

3. Страх (С). Ответы этой категории отражают страх перед возмездием. Они уменьшают вероятность явного агрессивного поведения.

4. Аффектация (Аф). Эта категория включает ответы, в которых рука представляется делающей аффективный жест или аффективно благожелательный жест; предлагающей (не просящей и не получающей) дружбу или помощь другим.

5. Коммуникация (Ком). Это такие ответы, где рука общается или делает попытку общаться с лицом, которое представляется равным или превосходящим коммуникатора.

6. Зависимость (Зв). Эта категория включает ответы, в которых рука активно или пассивно ищет поддержки или помощи со стороны другого лица.

7. Эксгибиционизм (Экс, от латинского «выставление»). Эта категория включает ответы, в которых рука проявляет себя тем или иным способом, нарочито проявляя себя.

8. Калечность (Кл). Эта категория включает руки, которые представляются как деформированные, поврежденные, ущербные и т.д.

9. Активный безличный (А-б) — моторная активность. Эта категория включает ответы, отражающие тенденции к действию, в которых рука изменяет свое физическое положение или сопротивляется силе тяжести.

10. Пассивный безличный (П-б) — пассивность. Эта категория включает ответы, отражающие безличные тенденции к действию, в которых рука не изменяет физическое положение или пассивно подчиняется силе тяжести.

11. Описание (О), Эта категория включает ответы, которые являются скорее физическим описанием руки.

Тест «Рисунок семьи»

Идея использования рисунка семьи для диагностики внутрисемейных отношений возникла у ряда исследователей, среди которых упоминают работы В. Хьюлса, А.И. Захарова, Л. Кормана и др.

Цель применения данной проективной методики - выявление особенностей внутрисемейных отношений.

Инструкция 1: «Нарисуй свою семью». При этом не рекомендуется объяснять, что означает слово «семья», а если возникают вопросы «что нарисовать?», следует лишь еще раз повторить инструкцию. При индивидуальном обследовании время выполнения задания обычно длится 30 минут. При групповом выполнении теста время чаще ограничивают в пределах 15-30 минут.

Инструкция 2: «Нарисуй свою семью, где все заняты обычным делом».

Инструкция 3: «Нарисуй свою семью, как ты ее себе представляешь».

Инструкция 4: «Нарисуй свою семью, где каждый член семьи изображен в виде фантастического существа».

Инструкция 5: «Нарисуй свою семью в виде метафоры, некоего образа, символа, который выражает особенности вашей семьи».

При индивидуальном тестировании следует отмечать в протоколе следующее:

- а) последовательность рисования деталей;
- б) паузы более 15 секунд;
- в) стирание деталей;
- г) спонтанные комментарии ребенка;
- д) эмоциональные реакции и их связь с изображаемым содержанием.

После выполнения задания следует стремиться получить максимум дополнительной информации (вербальным путем).

Обычно задаются следующие вопросы.

1. Скажи, кто тут нарисован?
2. Где они находятся?
3. Что они делают? Кто это придумал?
4. Им весело или скучно? Почему?
5. Кто из нарисованных людей самый счастливый? Почему?
6. Кто из них самый несчастный? Почему?

Последние два вопроса провоцируют ребенка на открытое обсуждение чувств, что не каждый ребенок склонен делать. Поэтому, если он не отвечает на них или отвечает формально, не следует настаивать на эксплицитном ответе.

Интерпретация теста.

На основании особенностей изображения можно определить:

1) степень развития изобразительной культуры, стадию изобразительной деятельности, на которой находится ребенок; примитивность изображения или четкость и выразительность образов, изящество линий, эмоциональная выразительность – те характерные черты, на основе которых можно различить рисунки;

2) особенности состояния ребенка во время рисования; наличие сильной штриховки, маленькие размеры часто свидетельствуют о неблагоприятном физическом состоянии ребенка, степени напряженности, скованности и т.п., тогда как большие размеры, применения ярких цветовых оттенков часто говорят об обратном: хорошем расположении духа, раскованности, отсутствии напряженности и утомления;

3) особенности внутрисемейных отношений и эмоциональное самочувствие ребенка можно определить по степени выраженности положительных эмоций у членов семьи, степени их близости (стоят рядом, взявшись за руки, делают что-то вместе или хаотично изображены на плоскости листа, далеко отстоят друг от друга, сильно выражены отрицательные эмоции и т.д.).

Параллельно с традиционным проведением обследования (чтение и выполнение задания) предлагают специальные вопросы, подталкивающие испытуемого к обсуждению темы отношений в семье (например: «Кто в семье самый плохой?»), предусматривают прямой положительный или отрицательный выбор (например: «Отец задумал поездку в автомобиле, но в нем не хватает места для всех. Кто останется дома?»), а также вопросы, уточняющие в процессе беседы смысл нарисованной ситуации для ребенка. «Рисунок семьи» доступен и детям с пониженным интеллектуальным развитием.

Методика «Рисунок семьи» доступна и удобна в применении в условиях психологического консультирования, обладает значимостью с точки зрения выбора тактики деятельности психолога-консультанта по психологической коррекции нарушений межличностных отношений, так как дает представление о субъективной оценке ребенком своей семьи, своего места в ней, о его отношениях с другими членами семьи. В рисунках дети могут выразить то, что им трудно бывает высказать словами, т.е. язык рисунка более открыто и искренне передает смысл изображенного, чем вербальный язык. Вследствие привлекательности и естественности задания эта методика способствует установлению хорошего эмоционального контакта психолога с ребенком, снимает напряжение, возникающее в ситуации обследования.

2.1.4. Психологическая диагностика в раннем возрасте

Современное состояние системы ранней помощи детям в России

Становление в нашей стране системы ранней комплексной помощи детям является одним из приоритетных направлений развития специального образования. Это обусловлено тем, что резко возросло количество детей, имеющих перинатальную патологию – на сегодняшний день около 84% новорожденных являются физиологически незрелыми. Как известно, перинатальная патология является одной из основных причин не только детской инвалидности, но и пограничных расстройств, затрудняющих обучение детей в общеобразовательных школах, а в дальнейшем и их социализацию. Ранее начало комплексной психолого-медико-педагогической помощи позволяет повысить эффективность коррекционно-развивающей работы, предупредить вторичные и третичные наслоения и дает возможность в будущем успешно интегрировать ребенка в среду нормально развивающихся сверстников. Кроме того, современные научные исследования успешно доказали влияние социального окружения и взаимоотношений с матерью на психическое и личностное развитие ребенка. В связи с этим современные программы ранней помощи детям подразумевают работу с родителями и являются семейно-центрированными.

Интересным представляются данные мониторинга, подтверждающего эффективность ранней помощи. В результате коррекции в раннем возрасте до 20% детей к 18 месяцам достигают показателей нормы, у 90% детей наблюдается стойкий положительный эффект.

В настоящее время в России по инициативе органов управления образованием субъектов РФ при взаимодействии с органами управления здравоохранением, органами социальной защиты субъектов РФ, при поддержке Минобрнауки России создаются специализированные центры, ориентированные на оказание психопрофилактической, диагностической, коррекционно-развивающей помощи детям раннего возраста и семьям их воспитывающим. Свидетельством тому является создание на территории страны немалого количества центров ранней диагностики и специальной помощи детям с отклонениями в развитии, служб ранней помощи и поддержки, ППМС – центров, служб раннего вмешательства и др. Деятельность данных организаций направлена на реализацию следующих задач:

- максимально раннее выявление особых отклонений в развитии ребенка;
- профилактику вторичных и третичных наслоений дефекта развития;
- максимальное сокращение разрыва между моментом определения первичного нарушения, постановкой диагноза и началом коррекционно-развивающей работы;
- выявление индивидуально-типологических, сохранных характеристик личности и познавательной сферы ребенка, с учетом которых разрабатывается программа ранней коррекционно-развивающей помощи;
- обязательное включение родителей в процесс ранней психопрофилактики и психокоррекции нарушений в развитии ребенка.

Рекомендации по проведению ранней диагностики

Необходимым условием проведения диагностики в раннем возрасте является естественность диагностических ситуаций, эмоциональный комфорт ребенка, его хорошее самочувствие. Обстановка, в которой проводится диагностика, должна быть знакомой и привлекательной для малыша. Решающая роль в создании такой обстановки принадлежит психологу, проводящему диагностику. Он должен знать психологические особенности детей младенческого и раннего возраста, иметь опыт общения с ними. Прежде чем приступить к диагностическим процедурам, необходимо предварительно установить эмоциональный контакт с ребенком, поиграть с ним, вызвать его доверие и расположение.

Диагностика в консультационных центрах, поликлиниках и больницах должна проводиться в присутствии матери или другого

близкого ребенку человека. Может случиться, что при всех стараниях психологу не удастся установить контакт с малышом, тогда можно предложить матери самой проводить диагностические пробы под наблюдением психолога. Обычно присутствие и участие матери придают ребенку уверенность и спокойствие.

В беседе с родителями и педагогами о результатах диагностического обследования, независимо от выявленных недостатков, следует максимально подчеркнуть позитивные качества ребенка, по возможности избегая негативных характеристик. В случае установления задержки в развитии ребенка, психолог должен корректно сформулировать свое заключение, а затем предложить соответствующие рекомендации.

Содержание диагностического инструментария, направленного на раннее выявление нарушений развития у детей

На сегодняшний день в области изучения особенностей психического развития у детей раннего возраста обрисовалось несколько авторских концепций. Кратко обозначим их. Это подход Е.А. Стребелевой, позволяющий не только выявить задержку развития, но и наметить пути ранней коррекционной помощи. Программа ранней педагогической помощи «Маленькие ступеньки», авторами которой являются Е.М. Мастюкова, Е.А. Стребелева, представляет собой перечень нормативных показателей развития по отдельным функциональным областям. Диагностическая концепция «Мюнхенская функциональная диагностика» Г.В. Пантюхина, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухта, В.Н. Ярыгина подразумевает обследование ребенка по определенной схеме.

Л.И. Аксеновой, А.А. Лисеевой, И.Ш. Тюриной, Е.В. Шкадревич разработана и широко апробирована «Программа ранней комплексной диагностики уровня развития ребенка от рождения до трех лет». Данная программа состоит из трех основных блоков: социального, медицинского, психолого-педагогического, предполагает раннее комплексное изучение развития ребенка и осуществляется группой специалистов: врач, педагог, психолог, дефектолог, социальный работник и т.д.

Авторами системы обследования ребенка раннего возраста, на содержании которой мы остановимся более подробно, являются Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолова, С.Ю. Мещерякова. С точки зрения этих специалистов, предметом изучения должны являться наиболее важные в раннем возрасте сферы, определяющие развитие целостной личности ребенка, а именно: *общение со взрослым и ведущая деятельность*. Для удобства диагностики в раннем возрасте выделено четыре возрастных периода:

- первое полугодие первого года жизни ребенка;
- второе полугодие первого года жизни;
- второй год жизни ребенка;
- третий год жизни.

Для каждого периода разработаны методики, выявляющие уровень развития общения и предметной деятельности ребенка. Описание каждой методики содержит характеристику измеряемых параметров и показателей, включает диагностические ситуации, шкалы оценки параметров и показателей, протоколы регистрации данных, а также рекомендации по составлению заключений по результатам диагностики ребенка в соответствующем возрастном периоде.

Основными параметрами, характеризующими уровень развития общения ребенка от рождения и до трех лет, выступают:

1) уровень инициативности в общении как показатель стремления ребёнка к общению;

2) уровень чувствительности к воздействиям партнера как готовность воспринять инициативу другого человека, ответить на нее и перестроить свое поведение в соответствии с воздействиями взрослого;

3) уровень владения средствами общения - конкретными действиями, с помощью которых ребенок осуществляет общение.

Основными параметрами, характеризующими уровень развития предметной деятельности ребенка, являются:

1) операциональная сторона (характеристика собственно действий); показателями операциональной стороны предметной деятельности выступают различные виды действий с предметами: манипулятивные (неспецифические и специфические) и собственно предметные (культурно-фиксированные) действия;

2) потребностно-мотивационная сторона - уровень познавательной активности ребенка; показателями познавательной активности являются интерес ребенка к предметам, стремление к обследованию и действиям с ними, настойчивость, эмоциональная вовлеченность в деятельность; наличие таких инициативных, самостоятельных действий, охватывающих и познавательную, и аффективно-волевою сферу ребенка, может свидетельствовать о действительном освоении деятельности, а не о приобретении одних лишь моторных или сенсорных навыков;

3) включенность предметных действий в общение со взрослым.

Все данные диагностического изучения младенца заносятся в протокол, затем на основе тщательного анализа полученных результатов психологом составляется заключение, которое содержит вывод об уровне развития общения - нормальный, задержка в развитии общения, глубокая задержка в развитии общения - с указанием отсутствующих или слабовыраженных параметров и указание возможных причин задержки. В соответствии с выявленными причинами задержки в развитии общения даются рекомендации.

Диагностика психического развития ребенка в период первого полугодия жизни

1. Диагностика развития общения ребенка со взрослым.

Как известно, поведение младенца первого полугодия жизни спонтанно и неустойчиво, его активная и реактивная составляющие трудно различимы, поэтому судить об уровне развития общения у ребенка на этом этапе можно лишь по совокупности характеристик комплекса оживления в ситуациях, различающихся «коммуникативной задачей», которая возникает перед младенцем. Чем пассивнее взрослый, тем активнее ведет себя младенец, побуждаемый потребностью в общении. Соответственно процедура диагностики включает следующие три ситуации, различающиеся по степени коммуникативной активности взрослого.

Ситуация 1. «Пассивный взрослый».

Цель: выявление параметров общения при наименьшей коммуникативной активности взрослого. В ситуации пассивности взрослого основная «коммуникативная задача» ребенка заключается в том, чтобы привлечь к себе его внимание и побудить к общению, поэтому здесь ярче всего проявляется инициативность ребенка.

Ситуация 2. «Чистое общение».

Цель: выявление параметров общения при коммуникативной активности взрослого. В этой ситуации основная «коммуникативная задача» ребенка заключается в том, чтобы выразить отношение к воздействиям взрослого, побудить его к выражению отношения к себе и тем самым продлить общение, поэтому здесь выявляется в основном чувствительность ребенка к воздействиям взрослого, умение чередовать инициативное и ответное поведение.

Ситуация 3. «Общение на руках у взрослого».

Цель: выявление параметров общения при максимальной коммуникативной активности взрослого. В этой ситуации основная «коммуникативная задача» ребенка достигнута, его потребность во внимании и доброжелательности взрослого удовлетворяется, он спокойно выражает свое удовольствие от общения. Здесь в основном выявляется чувствительность ребенка к воздействиям взрослого.

Все данные диагностического изучения младенца заносятся в протокол, затем на основе тщательного анализа полученных результатов психологом составляется заключение, которое содержит вывод об уровне развития общения - нормальный, задержка в развитии общения, глубокая задержка в развитии общения - с указанием отсутствующих или слабовыраженных параметров и указание возможных причин задержки. В соответствии с выявленными причинами задержки в развитии общения даются рекомендации.

2. Диагностика познавательной активности ребенка

В качестве основных параметров при диагностике познавательной активности выступают внимание и интерес к предметам. Показателями

первого параметра выступают степень сосредоточенности ребенка на предмете, выраженность внимания, интереса или удивления, наличие или отсутствие отвлечений в процессе восприятия предметов; положительные эмоциональные проявления, сопровождающие познавательную деятельность. Показателями интереса ребенка к предметам являются выраженность улыбки, двигательного оживления и вокализаций, сопровождающих восприятие ребенком предметов и действий с ними; познавательные действия, отражающие стремление ребенка к обследованию предметов. Показателями этого параметра являются характеристики зрительных, оральных и мануальных действий, совершаемых ребенком при визуальном восприятии и тактильном обследовании предметов.

Все перечисленные параметры определяются по показателям поведения ребенка в разных ситуациях предъявления предметов.

Ситуация 1. «Разные игрушки».

Цель: выявление параметров познавательной активности младенца в ситуации свободного поиска ребенком внешних впечатлений. В этой ситуации ребенок может выбрать любой объект для ознакомления из предложенных.

Ситуация 2. «Одна игрушка».

Цель: выявление параметров познавательной активности младенца в ситуации предъявления игрушек, организованной взрослым. Эта ситуация позволяет актуализировать потенциальные возможности ребенка реализовать познавательную активность.

После анализа результатов диагностики психолог составляет заключение. На основе двух заключений: об уровне развития общения и уровне развития предметной деятельности составляется итоговое заключение об уровне психического развития ребенка.

Диагностика психического развития ребенка в период второго полугодия жизни

1. Диагностика развития общения ребенка со взрослым.

Основными параметрами развития общения во втором полугодии жизни являются инициативность ребенка в общении, чувствительность к воздействиям взрослого, средства общения, эмоциональная вовлеченность в общение и предпочитаемая форма общения. В связи с этим, диагностические ситуации должны предусматривать возможность выбора ребенком вида деятельности и общения со взрослым, проявления инициативности в общении, чувствительности к разнообразным коммуникативным воздействиям взрослого и отношения к ним, продемонстрировать владение средствами общения.

Описание диагностических ситуаций.

Ситуация 1. «Пассивный взрослый».

Цель: выявление предпочитаемого вида деятельности и формы

общения. В этой ситуации ребенку предоставляется возможность инициировать ситуативно-личностное, ситуативно-деловое общение со взрослым или играть в игрушки самостоятельно.

Ситуация 2. «Ситуативно-деловое общение».

Цель: определение уровня развития параметров общения.

Процедура проведения диагностической пробы. Взрослый демонстрирует простое действие с предметами: двигает кубик по столу, изображая звук мотора и сигнал «би-би», катает мячик или баюкает куколку, предлагая ребенку поиграть вместе, повторить показанное действие.

Ситуация 3. «Ситуативно-личностное общение».

Цель: установление наличия желания и возможностей ребенка вступать в ситуативно-личностное общение. Это необходимо для тех детей, которые предпочитают одиночную предметно-манипулятивную деятельность, а также для детей, инициирующих ситуативно-личностное общение.

На основании полученных данных проводится анализ каждого параметра общения и делается общее заключение об уровне развития общения у ребёнка.

2. Диагностика предметно-манипулятивной деятельности.

Уровень развития предметно-манипулятивной деятельности у ребенка второго полугодия жизни определяется характеристиками исполнительской стороны деятельности и эмоциональным отношением ребенка к предметам и действиям с ними. Исполнительская сторона предметно-манипулятивной деятельности представлена в виде разнообразных действий с предметами.

Для выявления характеристик выделенных параметров проводятся соответствующие диагностические пробы.

Ситуация 1. «Разные игрушки».

Цель: определение параметров предметно-манипулятивной деятельности со знакомыми ребенку предметами. В данной пробе ребенку предоставляется возможность актуализировать наличный уровень владения предметно-манипулятивной деятельностью. С этой целью взрослый подбирает и складывает в мешочек или пакет набор игрушек. В него должны входить игрушки, с которыми ребенок может производить как неспецифические, так и специфические действия, например, кольцо от пирамидки.

Ситуация 2. «Незнакомая игрушка».

Цель: выявление возможностей ребенка исследовать незнакомый предмет, проявить изобретательность в обследовании и манипулировании.

Обработывая данные, внесенные в протокол, психолог оценивает выраженность каждого параметра и показателя предметно-манипулятивной деятельности.

Диагностика психического развития ребенка в период второго года жизни

1. Диагностика развития общения ребенка со взрослым.

Диагностика общения предполагает регистрацию инициативности ребенка в общении, его чувствительность к воздействиям взрослого и средств общения. Все показатели общения оцениваются в баллах. Кратко охарактеризуем содержание диагностических ситуаций.

Ситуация 1. «Пассивный взрослый».

Цель: а) определение предпочтения ребенка в выборе одного из двух видов деятельности - общения или действий с предметами; б) выявление уровня инициативности ребенка в общении и предметной деятельности.

Ситуация 2. «Индивидуальная предметная деятельность».

Цель: определение уровня развития предметной деятельности ребенка.

Ситуация 3. «Ситуативно-деловое общение».

Цель: определение уровня ситуативно-делового общения ребенка со взрослым; выявление зоны ближайшего развития предметной деятельности.

Ситуация 4. «Незнакомый предмет».

Цель: получение дополнительных сведений об особенностях познавательной активности ребенка в ситуации, стимулирующей его исследовательскую деятельность, поиск решения незнакомой задачи. Помимо этого ситуация дает возможность уточнить характер общения ребенка со взрослым.

Прежде чем составить заключение об уровне развития общения ребенка, необходимо проанализировать его поведение во всех диагностических ситуациях по выделенным параметрам. Уровень развития общения определяется по совокупности всех параметров. Выделяются три уровня: высокий, средний и низкий. На основании анализа диагностических данных составляется заключение об уровне развития общения.

2. Диагностика развития предметной деятельности.

Для диагностики предметной деятельности используются те же ситуации, что и для ситуативно-делового общения, но в бланке фиксируются параметры и показатели предметной деятельности:

Виды действий с предметами. Среди них выделяются следующие: ориентировочно-исследовательские и манипулятивные действия; предметные или культурно-фиксированные действия.

Познавательная активность. Этот параметр включает следующие показатели: интерес к действиям с предметами; настойчивость в предметной деятельности; эмоциональная вовлеченность в действия с предметами.

Включенность предметной деятельности в общение. Показателями данного параметра являются: стремление ребенка действовать по образцу

и ориентация на оценку взрослого.

По результатам диагностического обследования составляется заключение об уровне развития предметной деятельности. На основе двух заключений: об уровне развития общения и уровне развития предметной деятельности составляется итоговое заключение об уровне психического развития ребенка возрасте от 1 года до 2 лет.

Диагностика психического развития ребенка в период третьего года жизни

1. Диагностика развития общения и речи.

Поскольку главной формой общения в этом возрасте остается ситуативно-деловая, содержание диагностических ситуаций во многом совпадает с той, что была описана выше.

Возраст от 2 до 3 лет является периодом интенсивного речевого развития. Поэтому диагностике речевого развития в этом возрасте следует уделять более пристальное внимание, чем на предыдущих этапах. Особенно быстро в это время развивается активная речь ребенка. Вместе с тем количество произносимых речевых звуков и слов не является главным и единственным показателем нормального речевого развития. Важно, чтобы между активным и пассивным словарями ребенка существовала тесная взаимосвязь, а каждое слово было наполнено определенным смыслом. Поэтому при диагностике речевого развития главное - учитывать гармоничность развития разных его аспектов.

Описание диагностических ситуаций.

Ситуация 1. «Пассивный взрослый».

Цель: выявление предпочитаемого ребенком вида деятельности (общение со взрослым или индивидуальная предметная деятельность) и формы общения (ситуативно-деловое, внеситуативно-познавательное или ситуативно-личностное); определение уровня инициативности ребенка в общении.

Ситуация 2. «Совместная игра со взрослым».

Цель: выявление уровня ситуативно-делового общения ребенка со взрослым, активной и пассивной речи ребенка.

Ситуация 3. «Совместное разглядывание картинок».

Цель: выявление уровня развития внеситуативно-познавательного общения и речи ребенка.

Данные наблюдения заносятся в протокол. По результатам диагностики составляется заключение об уровне развития общения и речи.

2. Диагностика развития предметной деятельности

При диагностике предметной деятельности у детей третьего года жизни основными параметрами выступают следующие: операционально-техническая сторона деятельности (виды действий с предметами), познавательная активность и включенность в общение с взрослым. Поскольку характерной чертой предметной деятельности детей в конце

раннего возраста становится ее целенаправленность, этот параметр добавляется к перечисленным выше при диагностике детей старше 2,5 года.

Охарактеризуем содержание диагностических ситуаций на данном возрастном этапе.

Ситуация 1. «Знакомые предметы».

Цель: выявление уровня развития операциональной стороны предметной деятельности.

Ситуация 2. «Незнакомый предмет».

Цель - выявить степень любознательности ребенка (интерес к исследованию нового, необычного, стремление найти верный способ решения практической задачи).

Ситуация 3. «Действия по образцу» (проводится только с детьми 2,5-3 лет).

Цель: выявление целенаправленности и самостоятельности ребенка в предметной деятельности (пробы: «Грузовичок», «Пирамидка», «Конструктор»).

Проанализировав данные диагностического обследования, психолог составляет заключение об уровне развития у ребенка предметной деятельности.

3. Диагностика развития процессуальной игры

Диагностика процессуальной игры включает в себя анализ игровой деятельности детей по четырем параметрам: потребность в игре с сюжетными игрушками (инициативность в игре, длительность игры, эмоциональное состояние в ходе игры); характер игровых действий (вариативность игровых действий; речевая активность ребенка в игре); воображение (использование ребенком предметов-заместителей); принятие игровой инициативы взрослого (включение ребенка в совместную игру, подражание действиям взрослого).

Описание диагностических ситуаций.

Ситуация 1. «Индивидуальная игра».

Цель: определение уровня самостоятельной процессуальной игры ребенка. Организуется ситуация «Уход за куклой».

Ситуация 2. «Совместная игра».

Цель: определение уровня совместной игры ребенка со взрослым, выявление зоны ближайшего развития игры.

Данные наблюдений вносятся в протокол. В ходе анализа результатов специалист определяет уровень развития процессуальной игры ребенка: высокий, средний или низкий. Проанализировав данные диагностического обследования, психолог составляет заключение об уровне развития у ребенка процессуальной игры. На основе составленных заключений заполняется заключение об уровне психического развития ребенка в возрасте от 2 до 3 лет.

2.1.5. Диагностика психического развития дошкольника и младшего школьника

Особенности психодиагностики детей дошкольного возраста

Дети дошкольного возраста обладают рядом психологических и поведенческих особенностей, знание которых необходимо для того, чтобы получать достоверные результаты в процессе их психодиагностического обследования. К этим особенностям, прежде всего, относится сравнительно низкий уровень сознания и самосознания.

Когда мы говорим о сознании в контексте психодиагностики, то имеем в виду произвольность, внутренний волевой контроль и опосредованность речью основных познавательных процессов ребенка, его восприятия, внимания, памяти, воображения, мышления. Как сознательно регулируемые, эти процессы у большей части дошкольников находятся на сравнительно низком уровне развития, так как когнитивное развитие в данном возрасте еще далеко не завершено. Приобретение познавательными процессами произвольности начинается у ребенка примерно с трех-четырёх-летнего возраста и завершается только к концу подросткового возраста. Поэтому, осуществляя психодиагностику детей дошкольного возраста, особенно раннего, следует иметь в виду, что тестовые задания не должны требовать от ребенка высокоразвитого произвольного управления своими познавательными процессами. Если это условие не учитывается, то в результате тестирования возникает опасность получить такие данные, которые не вполне соответствуют реальному уровню познавательного развития ребенка. Чтобы правильно судить об уровне развития, достигнутом ребенком, необходимо тестовые психодиагностические задания подбирать таким образом, чтобы они одновременно были рассчитаны как на произвольный, так и на произвольный уровень регуляции когнитивной сферы. Это позволит адекватно оценить, с одной стороны, степень произвольности познавательных процессов, а с другой стороны — реальный уровень их развития в том случае, если они еще не являются произвольными.

Что же касается детей более старшего дошкольного возраста, от трех-четырёх до пяти-шести лет, то у них уже есть элементы произвольности в управлении своими познавательными процессами. Вместе с тем значительная часть детей этого возраста все же характеризуется доминированием произвольных познавательных процессов, и именно на такие процессы опирается ребенок, познавая окружающий мир. Психодиагностика детей этого возраста, следовательно, должна быть двояко направленной: как на детальное изучение развития природных, или произвольных, познавательных процессов, так и на своевременное обнаружение и точное описание произвольных когнитивных действий и реакций.

Когда мы говорим о сравнительно низком уровне развития самосознания дошкольников, то вкладываем в это следующий смысл: дети-дошкольники, особенно в возрасте до четырех лет, еще весьма слабо осознают собственные личностные качества и не в состоянии дать правильную оценку своего поведения. Самооценка и уровень притязаний у них еще не оформились настолько, чтобы иметь четкое представление о себе, о своих достоинствах и недостатках.

Дети более старшего возраста, от четырех до шести лет, имеют уже такие возможности и в состоянии оценивать себя как личностей, но еще в ограниченных пределах, главным образом те свойства личности и особенности поведения, на которые обращали, общаясь с ребенком, неоднократно его внимание окружающие взрослые люди.

Из сказанного следует, что методы личностной и поведенческой психодиагностики детей до четырехлетнего возраста не должны включать в себя такие задания и вопросы, которые ориентированы на самосознание ребенка и предполагают с его стороны осознанную, взвешенную оценку собственных личностных качеств. Нарушение этого правила может привести к тому, что ребенок или не будет отвечать на поставленные вопросы, или даст ответы на них механически, без должного понимания сути самих вопросов.

Детям в возрасте от четырех до шести лет можно уже предлагать личностные и поведенческие опросники, опирающиеся на адекватную самооценку. Однако и в этом случае следует иметь в виду, что самооценочные возможности ребенка данного возраста все же не безграничны.

В связи со сказанным при проведении личностной и поведенческой психодиагностики детей дошкольного возраста рекомендуется чаще обращаться к методу внешней, экспертной оценки, используя в качестве экспертов независимых, профессионально подготовленных взрослых детей, хорошо знающих данного ребенка. В старшем дошкольном возрасте к экспертным оценкам можно добавлять самооценку ребенка, но все больше доверять суждениям взрослых о нем.

Есть определенные трудности и ограничения, связанные с использованием методик психодиагностики опросного типа в данном возрасте. Для детей-дошкольников не вполне пригодны личностные опросники, содержащие в себе прямые суждения самооценочного типа, адресуемые к недостаточно осознаваемым личностным качествам. Если речь идет о косвенных суждениях, то они также не должны включать в себя особенности психологии и поведения, которые ребенок-дошкольник еще недостаточно хорошо осознает. Вообще, использование подобных опросников в психодиагностических целях в дошкольном возрасте следует свести к минимуму, и если обращение к ним неизбежно, то каждый вопрос необходимо подробно и доступно разъяснить ребенку.

Отметим еще одну особенность, связанную с произвольностью процессов у дошкольников, которую обязательно необходимо учитывать,

производя их психодиагностику. Дошкольники лишь тогда будут в процессе психодиагностики демонстрировать свои способности, т.е. показывать результаты, правильно отражающие уровень их психического развития, когда сами методики и имеющиеся в них психодиагностические задания вызывают и поддерживают к себе интерес на протяжении всего времени психодиагностики. Как только непосредственный интерес ребенка к выполняемым заданиям утрачивается, он перестает проявлять те способности и задатки, которыми реально обладает. Поэтому, если мы хотим выявить действительный уровень психического развития ребенка и его возможности, например, зону потенциального развития, необходимо заранее, составляя инструкцию и методику, позаботиться о том, чтобы все это вызывало со стороны ребенка непроизвольное внимание и было достаточно интересно для него.

Наконец, следует учитывать особенности самих непроизвольных познавательных процессов, к примеру, непостоянство непроизвольного внимания и повышенную утомляемость детей данного возраста, вызываемую прежде всего психогенными факторами. В этой связи серию предлагаемых им тестовых заданий не следует делать слишком длинной, требующей большого количества времени. Оптимальным для детей дошкольного возраста считается время выполнения тестовых заданий, находящееся в пределах от одной до пяти минут, причем, чем меньше возраст ребенка, тем более коротким оно должно быть.

Рассмотрим некоторые другие, кроме уже названных выше, особенности психодиагностики дошкольников, разделив их следующим образом по возрастам:

1. Ранний возраст, от года до трех лет.
2. Младший и средний дошкольный возраст, от трех до пяти лет.
3. Старший дошкольный возраст, от пяти до шести-семи лет.

Психодиагностика детей раннего возраста в основном может быть только объективной, т.е. лишь в очень малой степени опираться на самооценку и самоанализ ребенка. Наибольшей ценностью в этом возрасте обладает психодиагностический материал, связанный с экспертной оценкой внешне наблюдаемых действий и реакций ребенка. Поэтому основным средством сбора информации о детях в этом возрасте является наблюдение, а главным психодиагностическим методом — естественный эксперимент, в котором создается некоторая жизненная ситуация, достаточно хорошо знакомая ребенку. Наилучшие психодиагностические результаты у детей этого возраста можно получить, наблюдая за ними в процессе занятий ведущей для данного возраста деятельностью — предметной игрой.

При проведении психодиагностики детей младшего и среднего дошкольного возраста следует иметь в виду, как изменение формы игры, так и возникновение нового вида социальной активности, ведущей за собой психологическое развитие ребенка, — межличностного общения. Дети этого возраста впервые начинают проявлять интерес к сверстникам

как личностям и включаться с ними в совместные игры. Соответственно и методики психодиагностики следует разрабатывать так, чтобы они предполагали не только наблюдение за детьми в индивидуальной предметной деятельности, но и в коллективной игре сюжетно-ролевого плана. Ее участниками могут быть не только дети, но и взрослые. Такую игру с ребенком может, например, организовать и в психодиагностических целях провести сам психолог.

Кроме того, в этом возрасте в определенной мере уже можно опираться на данные самосознания детей и на оценки, которые сами они дают другим детям и взрослым людям. Это особенно касается проявления различных индивидуальных качеств в общении с окружающими людьми.

В старшем дошкольном возрасте к названным видам деятельности добавляются игры с правилами и элементарные рефлексивные способности. Старшие дошкольники не только осознают и руководствуются в своем поведении некоторыми правилами межличностного взаимодействия, особенно в играх, но в определенных пределах могут, занимаясь тем или иным видом деятельности, например учением и игрой, анализировать собственное поведение в нем, давать оценки себе и окружающим людям. Это открывает возможность для использования в данном возрасте тех психодиагностических методик, которые обычно применяются для изучения психологии школьников и взрослых людей. Сказанное, прежде всего, относится к методам исследования познавательных процессов, но отчасти касается личности и межличностных отношений.

Методы диагностики познавательных процессов дошкольников

Прежде чем излагать конкретные методики психодиагностики познавательных процессов (восприятия, внимания, воображения, памяти, мышления и речи) у дошкольников, рассмотрим понятие «стандартизированный комплекс психодиагностических методик».

Под стандартизированным комплексом психодиагностических методик для детей определенного возраста понимается минимальный по числу включаемых в него методик набор, необходимый и достаточный для того, чтобы разносторонне, во всех существенных качествах и свойствах оценить психологию детей данного возраста, определить уровень психического развития ребенка в целом и по отдельным качествам и свойствам. Под словом «стандартизация», включенным в название комплекса, понимается возможность получения с помощью всех этих методик одинаковых по природе и сравнимых показателей уровня развития, которые позволяют определять уровень развития у данного ребенка отдельных познавательных процессов, сравнивать между собой степень развития у него же разных познавательных процессов и следить за развитием ребенка из года в год. Кроме того, стандартизация предполагает использование для всех методик единой оценочной шкалы.

Большинство описываемых в этом разделе методик (это относится не только к диагностике дошкольников, но и детей любого возраста, а также взрослых людей) позволяет получать показатели психического развития, выражаемые в стандартизированной, десятибалльной шкале. При этом показатели, находящиеся в пределах от 8 до 10 баллов, в большинстве случаев свидетельствуют о наличии у ребенка выраженных способностей или задатков к их развитию. Показатели в пределах от 0 до 3 баллов — о том, что у ребенка имеется серьезное отставание в психическом развитии от большинства других детей. Показатели, оказавшиеся в пределах диапазона 4—7 баллов, — о том, что данный ребенок по уровню развития соответствующего психологического качества находится в пределах нормы, т. е. мало отличается от большей части остальных детей его возраста.

Там, где установить стандартную систему оценок было трудно (в основном это касается методик, предполагающих развернутую качественную характеристику изучаемого психологического свойства), предложены иные, нестандартные способы оценки. Эти случаи особо оговариваются и соответствующим образом аргументируются в тексте.

К каждой из представленных в комплексе методик после ее подробного описания, предваряемого краткой инструкцией, дается способ оценки полученных результатов, процедура и условия выводов об уровне развития ребенка на основании полученных данных. Текст всего стандартизированного комплекса методик завершается представлением Индивидуальной карты психического развития ребенка, в которую вносятся все показатели, полученные по частным психодиагностическим методикам при комплексном обследовании данного ребенка. В эту карту в течение нескольких лет можно вносить данные, касающиеся повторных и последующих психодиагностических обследований этого же ребенка, и таким образом следить за тем, как из года в год или из месяца в месяц психологически развивается ребёнок.

Показатели — баллы и характеристика на их основе уровня психического развития ребенка, использованные в описываемых методиках, как абсолютные, т.е. непосредственно отражающие достигнутый уровень развития, касаются детей пяти-шестилетнего возраста. Если ребенку столько лет, то по полученным им показателям прямо можно делать заключение об уровне его психического развития. Эти же показатели применимы и к детям более раннего возраста, однако в этом случае они могут быть только относительными, т.е. рассматриваться в сравнении с уровнем развития детей пяти-шестилетнего возраста.

Поясним сказанное на примере. Допустим, что ребенок пяти-шестилетнего возраста в результате его психодиагностики по методике оценки восприятия под названием «Чего не хватает на этих рисунках?» получил 10 баллов. Его уровень психического развития должен быть, соответственно, оценен как очень высокий. Если же по данной методике тот же ребенок получит 2—3 балла, то из этого следует, что его уровень

психического развития низкий. Однако, если по той же самой методике 2—3 балла получает ребенок трех-четырехлетнего возраста, то о нем уже нельзя будет просто сказать, что его уровень развития низкий. Таким он будет только по отношению к детям пяти-шестилетнего возраста, а по отношению к сверстникам может оказаться средним. То же самое можно сказать и о высоких показателях. 6—7 баллов для ребенка пяти-шестилетнего возраста действительно могут означать среднюю оценку, но те же баллы, полученные ребенком трех-четырехлетнего возраста, могут свидетельствовать о высоком уровне психического развития данного ребенка по отношению к основной массе сверстников. Поэтому всякий раз, когда психодиагностике подвергаются не дети пяти-шестилетнего возраста, в словесном заключении относительно уровня их развития должна содержаться фраза: «...по сравнению с детьми пяти-шестилетнего возраста». Например: «По уровню развития памяти данный ребенок находится в среднем диапазоне по сравнению с детьми пяти-шестилетнего возраста». Необходимость делать такую оговорку отпадает только в том случае, если при пользовании данной методикой установлены соответствующие возрастные нормы. Тогда вместо слов «по отношению к детям пяти-шестилетнего возраста» необходимо говорить: «по сравнению с нормой».

Относительная форма оценки на первых этапах применения психодиагностических методик не только неизбежна, но и весьма полезна, так как позволяет сравнивать между собой показатели уровня психического развития детей разного возраста.

В предлагаемом комплексе психодиагностических методик, кроме того, для многих психических свойств имеется не одна, а несколько методик, оценивающих эти свойства с различных сторон. Сделано это не только для получения надежных результатов, но и по причине многогранности самих диагностируемых психологических явлений. Каждая из предложенных методик оценивает соответствующее свойство со специфической стороны, и в итоге мы имеем возможность получить комплексную, разностороннюю оценку всех психологических особенностей ребенка. Соответствующие свойства, предлагаемые для них методики и получаемые показатели представлены в Индивидуальной карте психического развития ребенка.

Для диагностики познавательных процессов дошкольников можно рекомендовать следующие методики.

- Методы диагностики восприятия у дошкольников. «Чего не хватает на этих рисунках?» «Узнай, кто это». «Какие предметы спрятаны в рисунках?» «Чем залатать коврик?»
- Методы диагностики внимания. «Найди и вычеркни». «Запомни и расставь точки».
- Методы диагностики воображения. «Придумай рассказ». «Нарисуй что-нибудь». «Придумай игру».
- Методы диагностики памяти. «Узнай фигуры». «Запомни

рисунки». «Запомни цифры». «Выучи слова».

- Методы диагностики мышления. Методики для оценки образно-логического мышления. «Нелепицы». «Времена года». «Что здесь лишнее?» «Кому чего недостает?» «Раздели на группы». Методики для оценки наглядно-действенного мышления. «Обведи контур». «Пройди через лабиринт». «Воспроизведи рисунки». «Вырежь фигуры».

- Методы диагностики речи. «Назови слова». «Расскажи по картинке».

2.1.6. Психологическая диагностика познавательных процессов подростка и старшеклассника

Методика Векслера относится к так называемым тестам интеллекта, является наиболее распространенным для оценки уровня интеллектуального развития и определения структуры психического дефекта у детей и взрослых. Тест Векслера состоит из 12 субтестов, разделенных на 2 группы, - 6 вербальных и 6 невербальных. Каждый субтест включает от 10 до 30 постепенно усложняющихся вопросов и заданий. К вербальным субтестам относятся задания, выявляющие общую осведомленность, общую понятливость, способности, нахождение сходства, воспроизведения цифровых рядов и т.д. К невербальным субтестам относятся следующие: шифровка, нахождение недостающих деталей в картине, определение последовательности событий, складывание объектов из отдельных частей. Выполнение каждого субтеста оценивается в баллах с их последующим переводом в унифицированные шкальные оценки, позволяющие анализировать разброс значений. Учитывается общий интеллектуальный коэффициент (IQ), соотношение «вербального» и «невербального» интеллекта, анализируется выполнение каждого задания. Количественная и качественная оценки выполнения ребенком заданий дают возможность установить, какие стороны интеллектуальной деятельности сформированы у ребенка хуже, и как они могут компенсироваться. Низкий количественный балл по одному или нескольким субтестам свидетельствует об определенном типе нарушений. Выделяют качественные и количественные признаки, характерные для той или иной формы нервно-психической патологии.

Прогрессивные матрицы Равена.

Данный тест предназначен для детей и построен на основе гештальтпсихологии. Он существует в двух вариантах:

- черно-белые матрицы Равена - от 8 лет до 65 лет; интерпретация результатов для каждого возраста; материал - черно-белый, состоит из 5 серий по 12 примеров;

- цветные матрицы Равена - от 5 до 11 лет; материал - цветной, 3 серии по 12 заданий.

Каждая серия построена следующим образом.

Серия А. Необходимо дополнить недостающие части изображения, выявляется умение дифференцировать отдельные компоненты структуры, умение устанавливать связи между разными компонентами структуры, умение идентифицировать недостающие части структуры, сличать ее с представленными вариантами.

Серия В. Требуется найти аналогии между парами фигур, диагностируется мышление по аналогии и понимание симметрии.

Серия С. Задания содержат сложное изменение фигур в соответствии с принципом их непрерывного развития, задача испытуемого - установить принцип развития, найти ответ.

Серия D. Задания составлены по принципу перестановки фигур в матрицы по горизонтали и вертикали.

Серия Е. В задании заложен принцип разложения фигур на отдельные элементы, требуется проявить умение по разложению на элементы, потом синтезировать в целое.

Для оценки достоверности результатов обследования испытуемого используется индекс варибельности. Если индекс варибельности от 0 до 4, то результаты достоверны, если индекс варибельности от 5 до 6, то результаты можно подвергнуть сомнению, если индекс варибельности от 7 и выше, то результаты испытуемого недостоверны.

Цветные матрицы Равена используются дефектологами, психологами для детей от 5 до 11 лет для диагностики отклонений от нормы в мышлении ребенка.

2.1.7. Диагностика межличностных отношений старших школьников

Межличностное восприятие в группе зависит от множества факторов. Наиболее исследованными из них являются социальные установки, прошлый опыт, особенности самовосприятия, характер межличностных отношений, степень информированности друг о друге, ситуационный контекст, в котором протекает процесс межличностной перцепции и т.д. В качестве одного из основных факторов на межличностное восприятие могут влиять не только межличностные отношения, но и отношение индивида в группе. Восприятие индивидом группы представляет собой своеобразный фон, на котором протекает межличностное восприятие. В связи с этим исследование восприятия индивидом группы является важным моментом в исследовании межличностного восприятия, связывая между собой два различных социально-перцептивных процессов.

Социометрия: исследование межличностных отношений в группе. Социометрическая техника, разработанная Дж. Морено, применяется для диагностики межличностных и межгрупповых отношений. С помощью социометрии можно изучать типологию социального поведения людей в

условиях групповой деятельности, судить о социально-психологической совместимости членов конкретных групп.

Социометрическая процедура направлена на измерение степени сплоченности-разобщенности в группе; выявление «социометрических позиций», т.е. относительного авторитета членов группы по признакам симпатии-антипатии, где на крайних полюсах оказываются «лидер» группы и «отвергнутый»; обнаружение внутригрупповых подсистем, сплоченных образований, во главе которых могут быть свои неформальные лидеры.

Социометрическая методика проводится групповым методом, ее проведение не требует больших временных затрат (до 15 мин.). Надежность процедуры зависит, прежде всего, от правильного отбора критериев социометрии, что диктуется программой исследования и предварительным знакомством со спецификой группы.

Социометрическая процедура.

Общая схема действий при социометрическом исследовании заключается в следующем. После постановки задач исследования и выбора объектов измерений формулируются основные гипотезы и положения, касающиеся возможных критериев опроса членов групп. Здесь не может быть полной анонимности, иначе социометрия окажется малоэффективной. Требование экспериментатора раскрыть свои симпатии и антипатии нередко вызывает внутренние затруднения у опрашиваемых и проявляется у некоторых людей в нежелании участвовать в опросе. Когда вопросы или критерии социометрии выбраны, они заносятся на специальную карточку или предлагаются в устном виде по типу интервью. Каждый член группы обязан отвечать на них, выбирая тех или иных членов группы в зависимости от большей или меньшей склонности, предпочтительности их по сравнению с другими, симпатий или, наоборот, антипатий, доверия или недоверия и т. д.

Членам группы предлагается ответить на вопросы, которые дают возможность обнаружить их симпатии и антипатии один до одного, к лидерам, членов группы, которых группа не принимает. Исследователь зачитывает два вопроса: а) и б) и дает обследуемым такую инструкцию: «Напишите на листе под цифрой 1 фамилию члена группы, которого Вы выбрали бы в первую очередь, под цифрой 2 — кого бы Вы выбрали, если бы не было первого, под цифрой 3 — кого бы Вы выбрали, если бы не было первого и второго». Потом исследователь зачитывает вопрос о личных отношениях и также проводит инструктаж. С целью подтверждения достоверности ответов исследование может проводиться в группе несколько раз. Для повторного исследования берутся другие вопросы.

При этом социометрическая процедура может проводиться в двух формах. Первый вариант — непараметрическая процедура. В данном случае испытуемому предлагается ответить на вопросы социометрической карточки без ограничения числа выборов испытуемого. Если в группе

насчитывается, скажем, 12 человек, то в указанном случае каждый из опрашиваемых может выбрать 11 человек (кроме самого себя). Таким образом, теоретически возможное число сделанных каждым членом группы выборов по направлению к другим членам группы в указанном примере будет равно $(N-1)$, где N — число членов группы. Точно так же и теоретически возможное число полученных субъектом выборов в группе будет равно $(N-1)$. Сразу уясним себе, что указанная величина $(N-1)$ полученных выборов является основной количественной константой социометрических измерений. При непараметрической процедуре эта теоретическая константа является одинаковой как для индивидуума, делающего выборы, так и для любого индивидуума, ставшего объектом выбора. Достоинством данного варианта процедуры является то, что она позволяет выявить так называемую эмоциональную экспансивность каждого члена группы, сделать срез многообразия межличностных связей в групповой структуре. Однако при увеличении размеров группы до 12-16 человек этих связей становится так много, что без применения вычислительной техники проанализировать их становится весьма трудно.

Другим недостатком непараметрической процедуры является большая вероятность получения случайного выбора. Некоторые испытуемые, руководствуясь личным мотивом, нередко пишут: «Выбираю всех». Ясно, что такой ответ может иметь только два объяснения: либо у испытуемого действительно сложилась такая обобщенная аморфная и недифференцированная система отношений с окружающими (что маловероятно), либо испытуемый заведомо дает ложный ответ, прикрываясь формальной лояльностью к окружающим и к экспериментатору (что наиболее вероятно).

Анализ подобных случаев заставил некоторых исследователей попытаться изменить саму процедуру применения метода и таким образом снизить вероятность случайного выбора. Так родился второй вариант — параметрическая процедура с ограничением числа выборов. Испытуемым предлагают выбирать строго фиксированное число из всех членов группы. Например, в группе из 25 человек каждому предлагают выбрать лишь 4 или 5 человек. Величина ограничения числа социометрических выборов получила название «социометрического ограничения» или «лимита выборов». Многие исследователи считают, что введение «социометрического ограничения» значительно превышает надежность социометрических данных и облегчает статистическую обработку материала. С психологической точки зрения социометрическое ограничение заставляет испытуемых более внимательно относиться к своим ответам, выбирать для ответа только тех членов группы, которые действительно соответствуют предлагаемым ролям партнера, лидера или товарища по совместной деятельности. Лимит выборов значительно снижает вероятность случайных ответов и позволяет стандартизировать условия выборов в группах различной численности в одной выборке, что и делает возможным сопоставление материала по различным группам.

Диагностика межличностных отношений (ДМО Л. Собчик).

Тест ДМО был создан в 1954 году. Его авторы – Т. Лири, Г. Лефорж, Р. Сазек. Тест позволяет проанализировать особенности человека, проявляющиеся в межличностном взаимодействии. Выявление этих характеристик очень важно, поскольку они влияют на психологический климат в коллективе, а, следовательно, на активность как отдельно взятого члена группы, так и группы в целом. При выполнении заданий теста перед человеком ставится задача поиска различий между образами конкретных людей и представлениями о том, какими он хотел бы видеть их. По мнению авторов теста, мнение человека о самом себе и о других людях – партнерах по общению (с точки зрения их поведения в группе) – чаще всего складывается на основе двух факторов, которые можно назвать «доминирование-подчинение» и «дружелюбие-агрессивность». Эти факторы используются при построении психограммы – условной схемы, отражающей социальные ориентации личности. Она представлена в виде круга, разделенного на 8 секторов. По горизонтальной и вертикальной осям этого круга обозначены четыре ориентации: «дружелюбие-агрессивность» (по горизонтали) и «доминирование-подчинение» (по вертикали). Каждый из секторов, в свою очередь, разделен на два. В результате получается восемь факторов, описывающих содержание межличностного восприятия. С помощью этих факторов можно оценить такие тенденции личности, как: I – доминантность; II – уверенность в себе; III – непреклонность; IV – независимость; V – зависимость; VI – неуверенность в себе; VII – общительность; VIII – отзывчивость.

В чём же разница между канонической методикой, созданной Лири, и тестом ДМО, адаптированным Л. Собчик? Современный ДМО разработан для работы со взрослыми, работающими людьми, тогда как канонический тест Лири, разрабатывался для клинической диагностики и проходил проверку на валидность путём сопоставления данных методики с результатами тестирования ММРІ. Есть отличия и в предъявлении стимульного материала, то есть, в формулировках вопросов: сегодняшний ДМО работает в формате самооценки, тогда как тест Лири, (такой, каким он представлен в сборнике «Лучшие психологические тесты»), формулирует вопросы исходя с позиции того, как, на Ваш взгляд, думают о вас окружающие. Кроме того, в ДМО вопросы адаптированы для работы с сотрудниками. В конечном счёте, различается и подход к интерпретации результатов тестирования – как в графическом представлении, так и в описании. В классическом варианте больший упор сделан на индивидуально-типологические характеристики, другими словами, по проявлениям поведения личности оценивается, в первую очередь, личность, то есть, объект психологии индивидуальности. В ДМО акцент ставится на особенности межличностных отношений, а это уже область социальной психологии.

Методика «Оценка отношений подростка с классом» позволяет выявить три возможных «типа» восприятия индивидом группы. При этом в

качестве показателя типа восприятия выступает роль группы в индивидуальной деятельности воспринимающего.

Тип 1. Индивид воспринимает группу как помеху своей деятельности или относится к ней нейтрально. Группа не представляет собой самостоятельной ценности для индивида. Это проявляется в уклонении от совместных форм деятельности, в предпочтении индивидуальной работы, в ограничении контактов. Этот тип восприятия индивидом группы можно назвать «индивидуалистическим».

Тип 2. Индивид воспринимает группу как средство, способствующее достижению тех или иных индивидуальных целей. При этом группа воспринимается и оценивается с точки зрения ее «полезности» для индивида. Отдается предпочтение более компетентным членам группы, способным оказать помощь, взять на себя решение сложной проблемы или послужить источником необходимой информации. Данный тип восприятия индивидом группы можно назвать «прагматическим».

Тип 3. Индивид воспринимает группу как самостоятельную ценность. На первый план для индивида выступают проблемы группы и отдельных ее членов, наблюдается заинтересованность как в успехах каждого члена группы, так и группы в целом, стремление внести свой вклад в групповую деятельность. Проявляется потребность в коллективных формах работы. Этот тип восприятия индивидом своей группы может быть назван «коллективистическим».

На основании трех описанных гипотетических «типов» восприятия индивидом группы была разработана специальная анкета, выявляющая преобладание того или иного типа восприятия группы у исследуемого индивида.

В качестве исходного «банка» суждений при разработке анкеты был использован список из 51 суждения, каждое из которых отражает определенный «тип» восприятия индивидом группы (а именно учебной группы). При создании анкеты использовались суждения из теста для изучения направленности личности и методики определения уровня социально-психологического развития коллектива. На основании экспертной оценки были отобраны наиболее информативные для решения поставленной задачи суждения.

Анкета состоит из 14 пунктов-суждений, содержащих три альтернативных выбора. В каждом пункте альтернативы расположены в случайном порядке. Каждая альтернатива соответствует определенному типу восприятия индивидом группы. По каждому пункту анкеты испытуемые должны выбрать наиболее подходящую им альтернативу в соответствии с предлагаемой инструкцией.

Инструкция испытуемым: «Мы проводим специальное исследование с целью улучшения организации учебного процесса. Ваши ответы на вопросы анкеты помогают нам в этом. На каждый пункт анкеты возможны 3 ответа, обозначенные буквами А, Б и В. Из ответов на каждый пункт выберите тот, который наиболее точно выражает вашу точку зрения.

Помните, что «плохих» или «хороших» ответов в данной анкете нет. На каждый вопрос может быть выбран только один ответ».

На основании ответов испытуемых с помощью «ключа» производится подсчет баллов по каждому типу восприятия индивидом группы. Каждому выбранному ответу приписывается один балл. Баллы, набранные испытуемым по всем 14 пунктам анкеты, суммируются для каждого типа восприятия отдельно. При этом общая сумма баллов по всем трем типам восприятия для каждого испытуемого должна быть равна 14. При обработке данных «индивидуалистический» тип восприятия индивидом группы обозначается буквой «И», «прагматический» - «П», «коллективистический» - «К». Результаты каждого испытуемого записываются в виде многочлена:

$$aИ + bП + cК,$$

где a - количество баллов, полученное испытуемым по «индивидуалистическому» типу восприятия, b - «прагматическому», c - «коллективистическому», например: $4И + 6П + 4К$.

Методика «Семантический дифференциал». При помощи данной методики определяется эмоционально-личностное отношение человека к другому человеку, являющемуся членом той же самой социальной группы, в которую входит испытуемый.

Инструкция: «Выберите двух людей из вашей социальной группы, которых вы хорошо знаете и к которым вы испытываете различное, положительное и отрицательное отношение. Последовательно оцените их обоих с помощью следующих нескольких противоположных пар эмоционально-оценочных прилагательных, выбрав в каждой из пар место, занимаемое данным человеком и отметив крестиком свое эмоциональное отношение к нему. Если ваше отношение к данному человеку положительное, то крестик ставится справа от средней, нулевой линии; если ваше отношение к нему отрицательное, то крестик проставляется слева от нее.

Оценки, данные по каждой шкале (паре противоположных эмоционально-оценочных прилагательных), переводятся в баллы в соответствии со шкалой. Если отметка испытуемого располагается между двумя пунктами шкалы, то берется промежуточное, дробное число баллов. Далее вычисляется средняя оценка по всем десяти шкалам семантического дифференциала. Она и является количественной характеристикой общего эмоционального отношения испытуемого к тому человеку, к которому относятся полученные оценки. Отношение считается положительным, если средняя оценка также положительная; отношение рассматривается как отрицательное, если соответствующая средняя оценка отрицательная. Сила эмоционального отношения, соответственно, отражается в абсолютной величине полученной средней оценки.

Список литературы

- Анастаси А.* Психологическое тестирование. М., 1982.
- Батаршев А.В.* Тестирование: основной инструментарий практического психолога: учебное пособие. М., 1999.
- Бодалев А.А., Столин В.В.* Общая психодиагностика. СПб., 2000.
- Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психодиагностике. СПб., 1999.
- Гайда В.К., Захаров В.П.* Психологическое тестирование. СПб., 1982.
- Гуревич К.М.* Введение в психодиагностику. М., 1997.
- Диагностика умственного развития дошкольников / М.А.Венгер и др.* М., 1978.
- Истратова* Психодиагностика: коллекция лучших тестов. Ростов н/Д., 2006.
- Маркова А.К., Лидерс А.Г., Яковлева Е.Л.* Диагностика и коррекция умственного развития в школьном и дошкольном возрасте. Петрозаводск, 1992.
- Непомнящая Н.И.* Психодиагностика личности. М., 2001.
- Носс И.Н.* Психодиагностика: тест, психометрия, эксперимент. М., 2000.
- Общая психодиагностика / под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина.* М., 1988.
- Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева.* СПб., 2000.
- Парыгин Г.С.* Введение в психодиагностику. М., 2000.
- Психодиагностика: теория и практика / под ред. Н.Ф. Талызиной.* М., 1986.
- Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста / под ред. Е.А. Стребелевой.* М., 1998.
- Соколова Е. Т.* Проективные методы исследования личности. М., 1980.
- Шапарь В.Б., Шапарь О.В.* Практическая психология. Проективные методики. Ростов н /Д., 2006.
- Шванцара Й.* Диагностика психического развития. Прага, 1978.
- Шевандрин Н.И.* Психодиагностика, коррекция и развитие личности. М., 1998.
- Шмелев А.Г.* и коллектив. Основы психодиагностики. М.:1998.

2.1.8. Принципы, задачи и структура патопсихологического исследования

Патопсихология (от греч. *rathos* — страдание, болезнь) — это наука, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме (Зейгарник, 1976). Отечественная школа патопсихологии представлена работами Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, А.П. Полякова, В.В. Николаевой, Е.Т. Соколовой, А.С. Спиваковской, Б.С. Братусь, В.В. Лебединского и др.

Основные принципы патопсихологического исследования сформулированы в ряде работ отечественных психологов (Зейгарник, 1976; Рубинштейн, 2004; Блейхер, Крук, Боков 1996). Патопсихологические методы разрабатывались «прицельно» для изучения конкретных видов нарушений психической деятельности (ослабления внимания, памяти, нарушений мыслительных процессов и т.п.) и используются в патопсихологическом эксперименте выборочно, в

зависимости от задач, поставленных перед патопсихологическим исследованием. В целом патопсихологическое исследование базируется на принципах системного анализа, что выражается:

а) не только в количественном, но и качественном анализе полученных данных;

б) в учете личностного фактора (интерес, установка, общий культурно-образовательный уровень, самостоятельность и инициативность при выполнении экспериментальных заданий);

в) в оценке не только поврежденных, но и сохранных сторон психической деятельности, выявлении компенсаций.

Патопсихологический эксперимент построен по типу «функциональной пробы», когда конкретная психическая функция изучается в условиях повышенной нагрузки на эту функцию.

Принцип функциональных проб позволяет гибко управлять ходом выполнения экспериментальных заданий испытуемым: при необходимости оказывать направляющую и корректирующую помощь, менять последовательность выполнения заданий, повышать или уменьшать интенсивность умственной нагрузки.

Принцип качественного анализа заключается в тщательном учете и комплексном анализе содержательных, качественных данных: поведение испытуемого в ходе экспериментально-психологического исследования, ориентация в новом материале, усвоение инструкций, заинтересованность в результатах, реакции на допущенные ошибки и направляющую помощь, отвлекаемость, отношение испытуемого к самому исследованию. Важную роль в данном случае играют данные, полученные в ходе наблюдения и беседы. Качественный анализ предполагает учет всех вышеперечисленных факторов на полученные количественные результаты.

Принцип объективизации полученных данных заключается в обязательной фиксации и документировании хода всего исследования в протоколе исследования и адекватном подборе психодиагностического материала. Подбор методик направлен на полное и всестороннее раскрытие исследуемых сторон психической деятельности. Методики подбираются близкие по направленности, что позволяет проследить и подтвердить нарушение функции или процесса на разном, хотя и родственном диагностическом материале.

Задачи патопсихологического исследования охватывают широкий круг проблем диагностики, терапии и реабилитации детей с психическими расстройствами. Выделяют следующие задачи патопсихологического исследования.

Дифференциально-диагностические задачи. Включают в себя анализ структуры дефекта, установление степени выраженности психических нарушений больного. Различение на ранних этапах психического заболевания нарушений по неврозоподобному или шизофреническому типу, определение сосудистой, опухолевой или атрофической природы органического заболевания головного мозга,

дифференцирование природы психопатоподобных нарушений личности (психопатия или шизофрения) – эти и другие задачи существенно облегчают клинико-диагностический процесс.

Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией предполагает неоднократные психодиагностические процедуры в процессе лечения больного с целью оценки психических изменений. Повторные патопсихологические исследования позволяют объективировать наступление ремиссии и структуру формирующего дефекта.

Решение экспертных вопросов. Психологические исследования играют важную роль в проведении экспертиз: судебно-психиатрической, судебно-психологической, медико-социальной, психолого-педагогической, военно-врачебной. При решении экспертных задач особое внимание уделяется степени выраженности выявленных нарушений, сохранным сторонам психической деятельности и сформированным компенсациям, реакциям аггравации, симуляции и диссимуляции больных в процессе прохождения экспертизы.

Участие в реабилитационной работе включает в себя оценку реабилитационного потенциала, т.е. сохранные и компенсированные стороны психической деятельности и личности больного, которые могут служить опорой для его обучения, переобучения и трудоустройства.

Психологическое консультирование, психокоррекционная работа включают в себя изучение личностных и эмоциональных особенностей больного, оценку его социальной адаптации. Патопсихологические данные могут быть использованы для психотерапевтической и психокоррекционной работы с больными и членами их семей.

Структура патопсихологического исследования включает в себя анализ медицинских документов, беседу и проведение патопсихологического эксперимента.

Рассмотрим схему патопсихологического обследования детей.

1. Знакомство с ребенком, установление контакта. Именно со знакомства начинается психодиагностическая работа с ребенком и в зависимости от успешности данной процедуры, целью которой является снятие ситуативно обусловленного напряжения, негативных эмоциональных и поведенческих реакций, создание благожелательной и спокойной рабочей атмосферы. Сбор анамнестических данных, который включает в себя анализ медицинской (история болезни, поликлиническая карта) и психолого-педагогической (характеристика из образовательного, воспитательного учреждения) документации, беседу с родителями (воспитателями) по поводу особенностей развития и поведения ребенка желательно проводить предварительно, а не в день самого патопсихологического обследования.

2. Беседа с ребенком, которая направлена на сбор жалоб самого ребенка и наблюдение за его поведением. Для детей дошкольного возраста

беседу, как и все патопсихологическое обследование, желательно проводить в игровой форме; возможно использование приемов игровой терапии и сказкотерапии. Беседа заканчивается предложением ребенку приступить к выполнению заданий.

3. Проведение патопсихологического исследования. Для дошкольников может быть предложена форма игры или сказки с введением какого-либо игрового персонажа в процедуру выполнения заданий (например, используется пальчиковая кукла или мягкая игрушка, и ребенок может как сам управлять куклой, «озвучивая» ее, или же соревноваться или учить куклу, которую «озвучивает» психолог). Для школьников задания носят учебный характер, в инструкциях делается упор на проверку умений ребенка (запоминать, считать, мыслить).

Следует подчеркнуть, что все исследование проводится в дружественной и благожелательной обстановке, от наиболее простых заданий к более сложным. Обучающая функция всех патопсихологических заданий реализуется в таких действиях психолога как объяснение инструкций, совместное выполнение первых заданий, поощрение правильного хода выполнения, эмоциональная поддержка. Диагностически важным с точки зрения оценки реабилитационного прогноза больного ребенка является оценка его обучаемости, т.е. способности усваивать и использовать новые знания. Поэтому функция обучения в патопсихологическом эксперименте должна реализовываться наиболее полно.

При патопсихологическом обследовании ребенка упор делается на выявление и оценку патопсихологических нарушений познавательных процессов, поведения и личности, которые в конечном итоге дают представление о типе дизонтогенеза и патопсихологическом симптомокомплексе. Фиксируются не индивидуальные особенности развития и поведения, а именно те признаки, которые указывают на психопатологические расстройства. Здесь следует вспомнить о важном сочетании в патопсихологическом анализе количественных показателей и качественных особенностей выполнения заданий. Например, при олигофрении могут быть сохранены механические функции счета и запоминания, но при этом страдает в значительной степени или вообще отсутствует способность к отвлеченному, абстрактно-логическому мышлению. При шизофрении же абстрактные суждения могут достигать такой степени отвлеченности, что действительные связи и свойства предметов и событий подменяются нереалистичными, вымышленными или причудливыми, которые существуют лишь в сознании больного.

Патопсихологическое обследование ребенка может длиться от 40-45 минут до 1,5-2 часов в зависимости от поставленных целей исследования, возраста, психического и физического состояния ребенка. Если программа патопсихологического обследования требует изучения широкого круга параметров, то процедура обследования может занять не одну, а две или три встречи.

В заключение обследования психолог благодарит ребенка, дает положительную оценку проделанной работе, отвечает на вопросы, которые возникли. Важным показателем экологичности и нетравматичности любого проведенного психологического исследования является то, что ребенок выходит из кабинета психолога с улыбкой и хорошим настроением.

4. Обработка, оценка и анализ результатов осуществляется патопсихологом на основе все данных (анамнестических, наблюдения и экспериментально-психологических). Как говорилось выше, в патопсихологическом заключении упор делается на выявление и описание патопсихологического симптомокомплекса и в структуре этого симптомокомплекса описание нарушений познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей и поведения ребенка. Другими словами, мы выстраиваем патопсихологический диагноз, который и представляем в патопсихологическом заключении.

2.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

2.2.1. Психологическое консультирование как один из видов работы практического психолога

Консультирование является одним из важнейших видов психологической работы, в котором соединяются житейский опыт психолога, его профессиональное образование и консультативное кредо (М.В. Хозиева).

Профессиональное консультирование связано с персональным руководством, психотерапией. Персональное руководство концентрируется на оказании человеку помощи в совершении удачного выбора, тогда как консультирование ориентируется на содействие в совершении изменений. Психологическое консультирование предполагает целенаправленное создание у подопечного ориентировки, способствующей разрешению той или иной жизненной проблемы.

Как в консультировании, так и в психотерапии используются одни и те же профессиональные навыки; требования, предъявляемые к личности клиента и психотерапевта, одинаковы; процедуры, используемые в психологическом консультировании и психотерапии, тоже подобны; помощь клиенту основывается на взаимодействии между консультантом (психотерапевтом) и клиентом.

Некоторые исследователи используют понятия «психологическое консультирование» и «психотерапия» как синонимы. Bramer и Shostrom (1982) прибегают к представлению о двух полюсах континуума. На одном полюсе работа профессионала затрагивает проблемы, решаемые на уровне сознания и возникающие у клинически здоровых индивидов (область консультирования). На другом полюсе – анализ проблем с ориентацией на бессознательные процессы, перестройку личности (область психотерапии). Область между полюсами можно назвать как консультированием, так и психотерапией.

Gelso, Fretz (1992), Blosner (1966) выделяют специфические черты психологического консультирования, отличающие его от психотерапии: а) консультирование ориентировано на клинически здоровых людей, имеющих в повседневной жизни психологические трудности и проблемы, жалобы невротического характера, а также людей, чувствующих себя хорошо, однако ставящих перед собой цель дальнейшего развития личности; б) консультирование ориентировано на здоровые стороны личности независимо от степени нарушения, нахождение способов использования задатков; в) консультирование чаще ориентируется на настоящее и будущее клиентов; г) консультирование обычно ориентируется на краткосрочную помощь (до 15 встреч); д) консультирование ориентируется на проблемы, возникающие во взаимодействии личности и среды; е) в консультировании акцентируется

ценностное участие консультанта, хотя отклоняется навязывание ценностей клиентам; ж) консультирование направлено на изменение поведения и развитие личности клиента.

Для психотерапии, которая занимается «восстановлением адекватности» (Casey) характерны следующие особенности (Corsini, Super): а) преимущественное обращение к прошлому, а не к настоящему; б) акцент на понимании, а не на изменении; в) отстраненность психотерапевта; г) терапевт выступает в роли эксперта.

Психологическое консультирование представляет собой систему, состоящую из следующих основных блоков: гностический блок (знакомство с клиентом и его проблемами), конструктивный блок (проектирование консультативного процесса), организационный блок (последовательная реализация планов решаемых проблем), оценочный блок (обобщение достигнутых результатов в процессе консультирования и обсуждение дальнейших планов работы). Они тесно связаны и отражают динамику консультативного процесса.

Имеется много сходных определений «психологического консультирования», и все они включают несколько основных положений.

1. Консультирование помогает человеку выбирать и действовать по собственному усмотрению.

2. Консультирование помогает обучаться новому поведению.

3. Консультирование способствует развитию личности.

4. В консультировании акцентируется ответственность клиента, то есть признается, что независимый, ответственный индивид способен в соответствующих обстоятельствах принимать соответствующие решения, а консультант создает условия, которые поощряют волевое поведение клиента.

5. Сердцевиной консультирования является «консультативное взаимодействие» между клиентом и консультантом.

○ *Консультирование можно рассматривать как вид отношений помощи.* Стержневые условия консультирования как вида отношений помощи – эмпатическое понимание, уважительное отношение к потенциальным возможностям клиента, конгруэнтность (подлинность, истинность отношений, согласование телесных, эмоциональных и когнитивных аспектов) отношений. Консультирование как вид отношений помощи близко приверженцам теории и практики личностно-центрированного консультирования.

○ *Консультирование как репертуар воздействий.* Консультанты, ориентирующиеся на подобную модель консультирования, должны определять, какие воздействия следует применять по отношению к различным клиентам, и какова вероятность успеха. Альтернативой воздействиям служат методы консультирования и стратегии помощи. Некоторые консультанты являются эклектиками и пользуются воздействиями, которые описываются в разных теориях. В качестве

примера можно назвать психоаналитические воздействия, гештальт-воздействия, транзактное воздействие, о которых речь пойдет ниже.

○ *Консультирование как психологический процесс.* Связь между психологией и консультированием следующая.

1. Цели консультирования имеют связанный с сознанием аспект. Все консультационные подходы фокусируются на изменении чувств, мыслей и действий людей таким образом, чтобы люди могли жить более эффективно.

2. Процесс консультирования является психологическим, при этом происходит обмен мыслями между консультантом и клиентом, а также протекание мыслительных процессов отдельно у консультантов и клиентов. Большая часть информации, полученной от консультанта, проявляется в сознании клиентов в интервалах между занятиями и после окончания консультирования.

3. Основополагающие теории, из которых «произрастают» цели консультирования, – психологические.

4. Результаты психологических исследований используются при оценке процессов консультирования и его результатов.

Цели консультирования – повышение эффективности жизни клиента в процессе изменения его чувств, мыслей и действий. Н.М. Berks и В. Steffle отмечают, что «цель консультирования – помочь клиентам понять происходящее в их жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера». Вопрос об определении целей консультирования зависит от потребностей клиентов, обращающихся за психологической помощью, и теоретической ориентации самого консультанта.

George и Cristiani сформулировали несколько универсальных целей, которые в большей или меньшей степени упоминаются теоретиками разных школ.

1. Способствовать изменению поведения, чтобы клиент мог жить продуктивнее, испытывать удовлетворенность жизнью, несмотря на некоторые социальные ограничения.

2. Развивать навыки преодоления трудностей при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами и требованиями.

3. Обеспечить эффективное принятие жизненно важных решений.

4. Развивать умение завязывать и поддерживать межличностные отношения.

5. Облегчить реализацию и повышение потенциала личности.

R. May указывал, что при работе с детьми консультант должен добиваться изменения их ближайшего окружения в целях повышения эффективности помощи.

P. Кочюнас отмечает, что цели психологического консультирования составляют континуум, на одном полюсе которого общие, глобальные, перспективные цели, а на другом – специфические, конкретные,

краткосрочные цели. Цели консультанта и клиента, в конечном счете, соприкасаются, хотя каждый консультант имеет ввиду свою систему общих целей, соответствующих его теоретической ориентации, а каждый клиент – свои индивидуальные цели, приведшие его к специалисту. Очень часто в процессе консультирования происходят формулировка и переформулировка целей. Реализация целей консультанта зависит от потребностей и ожиданий клиента. Необходимо задавать клиенту вопросы: «Что Вы ожидаете от нашего общения?», «Каковы Ваши желания?». Когда клиент не владеет информацией о консультировании, он не способен должным образом сформулировать цели.

Различные целевые установки представлены в таблице 1:

Таблица 1.
Современные представления о целях консультирования

Направление	Цели консультирования
Психоаналитическое направление	Перевести в сознание вытесненное в бессознательное материал; помочь клиенту воспроизвести ранний опыт и проанализировать вытесненные конфликты; реконструировать базисную личность
Адлеровское направление	Трансформировать цели жизни клиента, помочь ему сформировать социально значимые цели и скорректировать ошибочную мотивацию посредством обретения чувства равенства с другими людьми
Терапия поведения	Исправить неадекватное поведение и обучить эффективному поведению
Рационально-эмотивная терапия (А. Ellis)	Устранить «саморазрушающий» подход клиента к жизни и помочь сформировать толерантный подход; научить применению научного метода при решении поведенческих и эмоциональных проблем
Ориентированная на клиента терапия (С. Rogers)	Создать благоприятный климат консультирования, подходящий для самоисследования и распознавания факторов, мешающих росту личности; поощрять открытость клиента опыту, уверенность в себе, спонтанность
Экзистенциальная терапия	Помочь клиенту осознать свою свободу и собственные возможности; побуждать к принятию ответственности за то, что происходит с ним; идентифицировать блокирующие свободу факторы

Динамичность процесса консультирования выражается в том, что происходит взаимообмен мыслей консультанта и клиента (подопечного), осознание проблемы, мыслительная переработка информации в ходе и после консультирования.

Бенджамин, Шертцер и Стоун указывают на внешние условия, влияющие на консультирование - место, где происходит

консультирование, представление о комфорте, культурный уровень, пол и характера взаимоотношений.

1. Наличие отдельного, изолированного, тихого помещения, куда не доносятся посторонние, отвлекающие внимание консультанта звуки, куда нет доступа посторонним лицам во время проведения консультации. Кабинет должен вызывать положительные эмоции, поэтому шумоизолирующие стены должны быть голубого, пастельного или светло-зеленого цвета. Определенные детали консультационного кабинета улучшают впечатление, не отвлекая клиента, среди них: мягкое освещение, удобная мебель, разнообразные декоративные произведения, детская мебель.

2. Расстояние между консультантом и клиентом (пространственные характеристики среды, или проксемика) тоже может воздействовать на отношения. Удобное размещение - рядом друг с другом или напротив под небольшим углом на расстоянии от 60-70 см до 100-110 см. Было выявлено (С. Глэддинг), что расстояние от 75 до 97 см между консультантом и клиентом является средним диапазоном комфорта, независимо от участников отношений. Кроме небольшого письменного столика ничего не должно находиться между консультантом и клиентом.

3. Организация и проведение консультации в такое время, когда клиент не спешит и не находится в плохом физическом состоянии или настроении.

4. Клиент должен иметь возможность отвести взор, повернуться вполоборота или боком по отношению к психологу-консультанту.

5. Желательно, чтобы время начала и окончания консультации заранее было четко обозначено.

6. В помещении, где проводится консультация, могут находиться часы, но они не должны располагаться непосредственно между консультантом и клиентом. Лучше всего, если часы не попадут на глаза клиенту.

7. В помещении не должно быть посторонних предметов, которые отвлекали бы внимание клиента или настраивали отрицательно.

8. На определенных этапах консультирования допускается звучание в помещении негромкой, приятной музыки.

Таким образом, оптимальные условия проведения консультирования: наличие изолированного помещения, удобное размещение и дистанция, организация консультации в удобное время и при хорошем самочувствии, уточнение времени начала и конца консультации, отсутствие посторонних предметов, наличие предметов, которые могут успокаивать клиента, создавать комфортное настроение, использование в помещении негромкой, приятной музыки.

2.2.2. Система общих, профессиональных и морально-этических требований к психологическому консультированию

Психолог-консультант – это человек, который достаточно профессионально, ответственно, на высоком уровне занимается психологическим консультированием, имеет специальное высшее психологическое образование и достаточный опыт практической работы в роли психолога-консультанта, высоко оцененный специалистами и подтвержденный соответствующим сертификатом. Особенности консультирования в специальном (коррекционном) общеобразовательном учреждении определяются тем, что консультировать приходится родителей детей, имеющих проблемы в развитии, и педагогов.

➤ Существенную роль играет личность консультанта. Психолог-консультант опирается на профессионально-этические и юридические основы.

➤ Деятельность психолога-консультанта направлена на достижение гуманных целей, предполагающих снятие ограничений на пути интеллектуального и персонального (личностного) развития клиента.

➤ Психолог-консультант строит работу на основе безусловного уважения достоинства и неприкосновенности личности клиента, основополагающих человеческие права, определяемых всеобщей Декларацией прав человека.

➤ Профессиональная деятельность психолога-консультанта характеризуется его особой ответственностью перед клиентом за те рекомендации, которые он предлагает клиенту.

➤ В работе с клиентом психолог-консультант руководствуется принципами честности и открытости (искренности). Он должен быть осмотрителен в советах и рекомендациях клиенту.

➤ Психолог-консультант обязан ставить в известность коллег о замечаемых им нарушениях прав клиента, о случаях негуманного отношения к клиентам.

➤ Психолог-консультант имеет право оказывать такие услуги, для которых он имеет необходимое образование, квалификацию, знания, умения.

➤ В своей работе он может использовать только апробированные методики.

➤ Составной частью работы психолога-консультанта является постоянное поддержание на высоком уровне профессиональных знаний и умений.

➤ Психолог-консультант не имеет права разглашать или передавать третьим лицам данные о клиенте и о результатах консультирования.

➤ Существует запрет на передачу методов психологической работы с клиентами некомпетентным лицам, профессионально неподготовленным людям.

➤ Психологу-консультанту следует соблюдать осторожность, чтобы не вызвать необоснованных надежд со стороны клиента, не давать ему обещаний, советов и рекомендаций, которые нельзя будет выполнить.

➤ Психолог-консультант несет ответственность за хранение информации, касающейся клиентов.

Профессия консультанта часто привлекает людей, которые «сами имеют серьезные личностные и адаптационные проблемы» (Witmer & Young, 1996). Нездоровыми мотивами выбора профессиональной деятельности консультанта являются: **эмоциональные расстройства** (будущие консультанты сами страдают от незалеченной душевной травмы); **замещение недовольства** (снятие чувства напряжения или раздражения в девиантном поведении клиентов); **подражание кому-либо** (привычка принимать чужие идеи и убеждения, а также проживать события чужой жизни); **одиночество и изолированность** (попытки найти коммуникативные контакты в практике консультирования, приобрести друзей); **потребность в любви** (убеждение, что личностные проблемы могут решиться с помощью проявления любви и привязанности к другим людям); **желание власти** (преодоление ощущения страха и беспомощности через осознание власти над другими).

Психолог-консультант должен иметь способность к эмпатии; открытость, выражение личной заботы о клиенте с помощью жестов, мимики, пантомимики; доброжелательность, безоценочное отношение к клиенту, отказ от нравоучений, навязывания советов, доверие к клиенту, вера в него, умение удерживать оптимальную психологическую дистанцию, умение вселять в клиента уверенность и решимость переделать себя, готовность и стремление консультанта направить его переживания в конструктивное русло (Ролло Мей), любознательность и пытливость (Фостер и Гай), умение использовать слушание в качестве стимулирующего фактора, легкость в поддержании разговора, способность получать удовольствие от общения с клиентом, умение поставить себя на место другого человека, способность к самопожертвованию, толерантность; способность признавать власть других, сохраняя определенную степень независимости; чувство юмора, проявляемое в умении воспринимать неоднозначные стороны жизненных событий, видеть в них смешное и оптимизирующее начало (Foster, 1996; Guy, 1987). С эффективной работой в качестве консультанта ассоциируются устойчивость, гармоничность, постоянство и целеустремленность (Patterson & Welfek, 1994).

Личностная зрелость означает самостоятельность и ответственность за принятие жизненных и профессиональных решений, способность определить свою зону ближайшего развития и личностного роста, стремление расширить пространство саморазвития. Под профессиональной

зрелостью мы вслед за Ю. Азаровым понимаем готовность консультанта к творческой деятельности, которая опирается на профессиональную компетентность, педагогическое мастерство и гуманистическую направленность личности, устойчивую мотивацию к совершенствованию навыков консультативной деятельности.

Консультант должен изучить специфику этапов консультирования;

- ✓ освоить информацию о содержании работы психолога-консультанта;
- ✓ овладеть методами работы с клиентами;
- ✓ ознакомиться с особенностями разных видов консультирования;
- ✓ строить работу под руководством опытного психолога-супервизора.

Очень важен для оценки системы общих, профессиональных и морально-этических требований к психологическому консультированию сопоставительный анализ успешно и неуспешно работающих психологов-консультантов.

Таблица 2

Особенности поведения психолога-консультанта

Особенности поведения	Успешный психолог-консультант	Неуспешный психолог-консультант
Постановка целей консультирования	Пытается помочь клиенту в достижении им определенных целей	Пытается навязать клиенту собственные цели, игнорируя желание клиента
Стратегия консультирования выражается в рекомендациях, предлагаемых клиенту	Предлагает клиенту разные способы поведения, называет клиенту конкретные действия, которые ему следует совершить	Предлагает клиенту разные способы поведения, отказываясь давать конкретные советы и рекомендации
Восприятие происходящего во время консультирования	Понимает и способен принять как правильную любую точку зрения на проблему, практически действовать в соответствии с ней	Ограничен в своем мышлении лишь одной единственной точкой зрения, не способен признать точку зрения других
Теоретическая психологическая ориентация	Понимает, принимает и практически работает внутри разных теорий	Может практически работать только внутри одной теории или одного психотерапевтического подхода

Осознание собственных возможностей и ограничений	Осознает собственную ограниченность. Согласен работать под контролем более опытного психолога-консультанта	Действует без осознания ограниченности собственных возможностей. Отказывается работать под контролем других психологов и делиться секретами
Осознание взаимовлияния на клиента и обратного влияния клиента на психолога	Осознает, как его собственные действия влияют на клиента, и как поведение клиента в свою очередь влияет на него	Не осознает своего влияния на клиента и обратного воздействия клиента на него самого
Ориентация на личность клиента и на его проблему	Следует за чувствами и мыслями клиента, не задает ему лишних вопросов во время исповеди	Уделяет большое внимание вопросам, не имеющим прямого отношения к делу, игнорируя важные для клиента вопросы
Ответные реакции на действия клиента и на ситуацию консультирования	В состоянии достаточно гибко реагировать на широкий спектр ситуаций и проблем, возникающих в процессе консультирования	Иногда не может подобрать адекватную реакцию или ответить на вопросы вне однообразной, негибкой реакции
Уважение человеческого достоинства клиента	Честно и с должным уважением относится к клиенту	Не уважает клиента, может разговаривать с ним в оскорбительном тоне
Конфиденциальность консультирования	Сохраняет в тайне все, что касается клиента, просит у него разрешения, если необходимо сообщить о нем	Без разрешения клиента обсуждает его проблему и то, что касается лично его, с посторонними людьми

Консультант должен соблюдать определенные профессиональные принципы: принцип благоприятного воздействия; принцип непричинения вреда; принцип автономности; принцип справедливости; принцип точности; принцип персональной и профессиональной честности; принцип действия в интересах клиента; принцип обоснования действия, наилучшего

для клиента. Соблюдение этих правил или этических норм является обязательным в практической работе психолога-консультанта (Р.С. Немов).

2.2.3. Структура психологического консультирования, ее основные этапы и процедура

Общая модель структуры консультирования – эклектическая модель (В.Е. Gilland). Эта общая модель структуры консультирования охватывает шесть стадий:

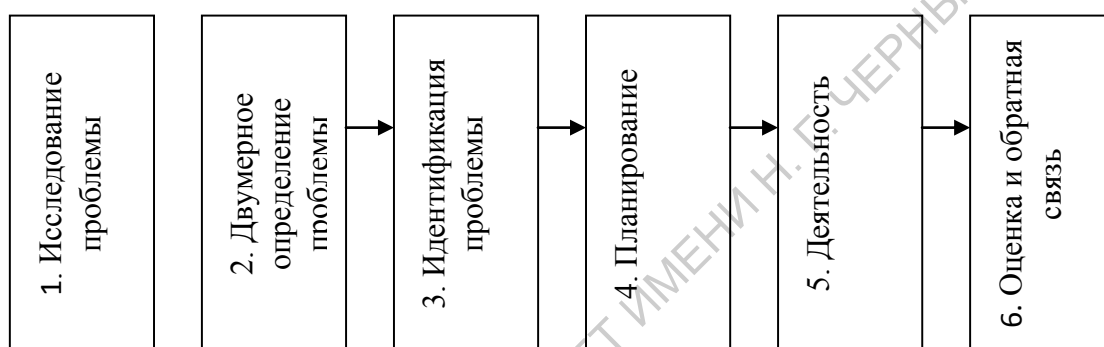


Рис. 1 Структура консультирования. Этапы консультирования по Гилланду

1. *Исследование проблемы* предполагает установление контакта (rapport) с клиентом и достижение обоюдного доверия: необходимо внимательно выслушать клиента, говорящего о своих трудностях, проявить максимальную искренность, эмпатию, заботу, не прибегая к оценкам и манипулированию.

2. *Двумерное определение проблемы* заключается в том, что консультант стремится точно охарактеризовать проблемы клиента, установить как эмоциональные, так и когнитивные ее аспекты. Точное определение проблемы ведет к пониманию ее причин и указанию на способы разрешения. К этой стадии возвращаются на протяжении всего консультирования, если возникают трудности, неясности в формулировке проблемы.

3. *Идентификация альтернатив* – стадия обсуждения возможных альтернатив решения проблемы с помощью открытых вопросов. Клиент называет возможные варианты решения проблемы, консультант помогает ему выдвинуть дополнительные альтернативы, которые клиент может использовать непосредственно. Во время беседы составляется письменный список альтернатив.

4. *Планирование* предполагает критическую оценку выбранных альтернатив решения путем анализа альтернатив с точки зрения

предыдущего опыта и готовности к изменению, интервала времени, степени уменьшения деструктивного поведения клиента. Предусматриваются средства и способы проверки реалистичности выбранного решения («репетиция действий», ролевые игры).

5. *Деятельность* – последовательная реализация плана решения проблемы. Консультант помогает клиенту строить деятельность с учетом обстоятельств, времени, эмоциональных затрат, а также с пониманием возможности неудачи в достижении цели, ориентируясь на конечные цели.

6. *Оценка и обратная связь* – оценка консультантом и клиентом уровня достижений цели, степени разрешения проблемы. В случае надобности возможно уточнение плана решения. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем возможен возврат к предыдущим стадиям.

Основными этапами психологического консультирования, по мнению Р.С. Немова, являются подготовительный, настроечный, диагностический, рекомендательный, контрольный этапы.

1. *Подготовительный этап* подразумевает знакомство с клиентом по предварительной записи, имеющейся в регистрационном журнале, и по той информации о клиенте, которую получают от третьих лиц. Подготовка психолога к консультированию предполагает выбор помещения и оборудование места для проведения консультаций. В оборудование кабинета входит обеспечение удобными для консультанта и клиента креслами или стульями (желательно вращающимися), журнальным столиком. Кроме мебели в психологической консультации желательно иметь аудио- и видеотехнику, так как возникает необходимость вести, прослушивать и просматривать какие-либо записи. Время работы с клиентом на данном этапе может занимать от 20 до 30 минут.

2. *Настроечный этап* предполагает личную встречу с клиентом, знакомство с ним, настрой на совместную деятельность, время от 5 до 7 минут.

3. *Диагностический этап* включает сбор информации о клиенте и его проблеме. Консультант выслушивает исповедь клиента, проясняет, уточняет основные моменты проблемы. Данный этап не имеет четко очерченных границ и может продолжаться от 1 ч до 8 ч.

4. *Рекомендательный этап* позволяет консультанту на основе собранной о клиенте информации выработать практические рекомендации по решению проблемы клиента. В этот период происходит уточнение, прояснение, конкретизация рекомендаций. Среднее время, обычно затрачиваемое на прохождение данного этапа, – от 40 мин до 1 ч.

5. *Контрольный этап* подразумевает договор о контроле и оценке практической реализации клиентом полученных рекомендаций и договор о последующих встречах. Оценивается практическая реализация клиентом полученных советов и рекомендаций. Решается вопрос об обсуждении дополнительных рекомендаций и последующих встречах (20-30 мин).

Общее время, отводимое на консультирование, – от 2-3 часов до 10-12 часов.

Исходя из семичасового рабочего дня и нормы, составляющей 26 рабочих дней в месяц, можно месячный объем рабочего времени распределить между разными видами работ примерно следующим образом:

- 1) подготовка к проведению психологического консультирования – 18 ч (10%);
- 2) работа непосредственно с клиентом – 90 ч (50%);
- 3) обработка и анализ результатов консультирования – 26 ч (15%);
- 4) оформление необходимой документации – 14 ч (5%);
- 5) повышение психологом-консультантом собственной профессиональной квалификации – 34 ч (20%).

С точки зрения Глэддинга, основными этапами консультирования являются (рис.2):

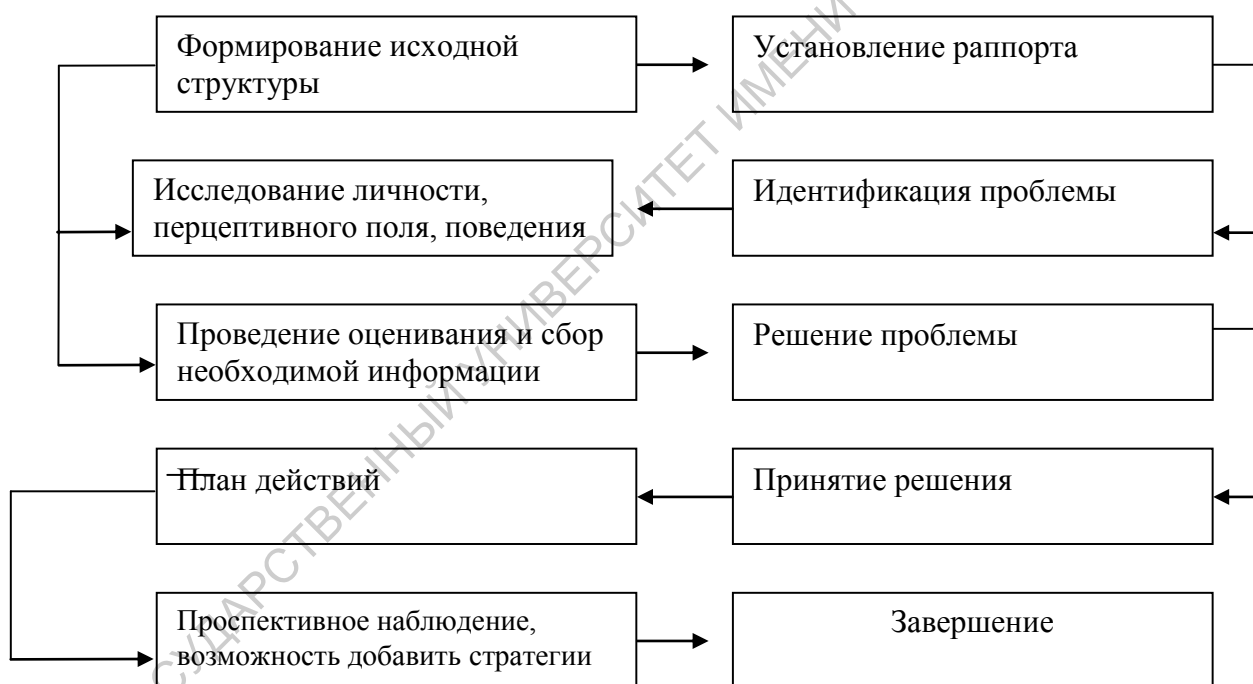


Рис.2. Процесс консультирования

Психодиагностика личностных особенностей клиентов может осуществляться посредством включенного наблюдения за ним в ходе интервью. Психологом обязательно осуществляется оценка эмоциональных переживаний клиента по выражению лица: мимическим реакциям, эмоциональному состоянию. Психолог должен проявлять умение осуществлять оценку речи клиента как прямого отражения его психического состояния и отношения к людям. В психологическом консультировании уместно использовать специально подобранные тесты, которые не должны занимать много времени, и результаты которых могут быть использованы спустя 5-10 минут после окончания тестирования.

Желательно воспользоваться закрытыми вопросниками. Лучше обращаться к опросникам или вопросным формам проективных тестов. Наиболее рационально воспользоваться компьютерным вариантом психодиагностических процедур в целях экономии времени и повышения доверия клиента к научности проводимой консультации. Как правило, в консультативной практике используются проективные личностные опросники, тесты изучения познавательных особенностей, темперамента и характера, мотивов и потребностей личности, коммуникативных, организаторских и специальных способностей.

2.2.4. Классификации видов консультирования: специфика и основные особенности

В практической консультативной деятельности зависимость видов психологического консультирования от личностных особенностей клиента и от его проблем выражается в существовании разных классификаций индивидуальной работы с клиентом.

1. *Интимно-личностное психологическое консультирование* – это вид консультирования, который глубоко затрагивает человека как личность, вызывает у него сильные переживания, тщательно скрываемые от окружающих людей. Чаще всего встречаются такие проблемы, как психологические и поведенческие недостатки, от которых человек хотел бы избавиться, проблемы, связанные с межличностными взаимоотношениями со значимыми людьми, страхи и неудачи, психогенные заболевания, не требующие вмешательства врача, глубокое недовольство человека самим собой, проблемы интимных отношений. Оно напоминает исповедь и требует доверительных отношений между клиентом и консультантом, предполагает большую психологическую преднастройку на него со стороны лиц, включенных в процесс консультирования, длительного и непростого разговора психолога-консультанта с клиентом, достаточно длительного периода решения возникшей у клиента проблемы.

2. *Индивидуальное семейное консультирование* включает вопросы, возникающие у человека в собственной семье или в семьях других близких для него людей (выбор супруга, оптимальное построение и регулирование взаимоотношений в семье, предупреждение и разрешение конфликтов во внутрисемейных взаимоотношениях, отношениях мужа или жены с родственниками, поведение супругов в момент развода или после него, решение текущих внутрисемейных проблем).

Особенности и виды семейного консультирования также отличаются разнообразием в зависимости от специфики решаемых проблем, определяемых той или иной областью науки и практики.

2.1. В связи с этим выделяют:

а) *медико-психологическое индивидуальное консультирование* членов семьи по вопросам психического здоровья, наличия психопатий характера, психологических состояний человека в период болезни, изменений психических процессов в болезненном состоянии и т.д.;

б) *психолого-педагогическое консультирование* членов семьи по проблемам образования, которое составляют процессы обучения, воспитания, развития, просвещения, формирования личности в семье; выстраивания, развития, коррекции отношений, реализации интраиндивидуального подхода в общении, осуществляемых в учебно-воспитательных коллективах;

в) *социально-психологическое индивидуальное консультирование* членов семьи по поводу особенностей общения и отношений в семье; того личностного вклада, который они вносят в специфику социально-психологических аспектов семьи как группы (конформность, совместимость, лидерство, референтность), по вопросам совершенствования общения и отношений посредством самокоррекции и саморазвития личности;

г) *индивидуальное консультирование членов разных семей* (нуклеарной, многопоколенной, неполной и т.д.) по проблемам возрастной психологии: особенностей развития личности на возрастных этапах (в младенчестве, в раннем детстве, в дошкольном возрасте, в младшем школьном возрасте, в подростковом возрасте, в ранней юности). Например, консультирование по вопросам подростковой дружбы и любви, кризиса середины жизни, по проблемам старения.

2.2. Виды индивидуального консультирования членов семей различаются в зависимости от уровня их психического развития. Выделяют:

а) консультирование по проблемам одаренности, развития способностей и личностного роста;

б) по вопросам различных задержек в психическом развитии;

в) по проблемам нарушений в интеллектуальном развитии и т.д.;

2.3. Индивидуальное консультирование по семейным проблемам разделяется также на следующие виды:

а) консультирование представителей старшего поколения в семье;

б) консультирование родителей;

в) консультирование детей;

г) консультирование близких родственников;

д) консультирование дальних родственников.

2.4. На основании *гендерного подхода* выделяют консультирование женщин и консультирование мужчин с учетом особенностей культурной среды.

Перечисленные виды индивидуального консультирования членов семей существуют и как направления консультационной работы по

проблемам, напрямую не касающимся семьи. Семейное консультирование – самый сложный и многоплановый вид консультационной работы.

3. *Психолого-педагогическое индивидуальное консультирование* предполагает обсуждение консультантом и клиентом вопросов обучения, воспитания, развития и просвещения детей, научение чему-либо и повышение педагогической квалификации взрослых людей, педагогического руководства, управление детскими и взрослыми группами и коллективами учебных заведений. К данному виду консультирования относятся вопросы совершенствования программ, методов и средств обучения, психологическое обоснование педагогических инноваций и ряд других.

4. *Деловое консультирование* имеет столько разновидностей, сколько существует разнообразных дел и видов деятельности у людей. Оно связано с решением людьми деловых проблем: выбора профессии, совершенствования и развития у человека профессиональных способностей, организации его труда, повышения работоспособности, ведения деловых переговоров, осуществления договоров, делового этикета и т.д.

5. *Профессиональное психологическое консультирование* выделяется также в качестве самостоятельного вида. В процессе консультативной деятельности решаются следующие проблемы: совершенствование профессионального просвещения, включающего профпропаганду и профагитацию; реализацию профдиагностики; профориентации, профподбора и профотбора; выбора профессии и профпригодности; смены профессиональной деятельности в случае потери работы; проблемы переучивания, повышения квалификации.

6. В психологии управления и менеджменте выделяют *организационное консультирование*, связанное с проведением консультативной деятельности по психологическим проблемам, возникающим в системе управления и руководства, а также по психологии менеджмента, то есть управления и руководства в условиях рыночной экономики. Вслед за рядом психологов мы различаем понятия «управление» как организацию человеческих ресурсов, деятельности больших коллективов, холдингов, систем качества, маркетинга и т.д., и «руководство» как организацию деятельности поведения конкретных членов коллектива.

Организационное консультирование включает решение:

а) проблем мотивации организаторской, управленческой, руководящей деятельности, а также мотивации менеджмента и самоменеджмента;

б) проблем в реализации функций управленца, руководителя, менеджера;

в) проблем стилей организаторской деятельности разного уровня (руководства, управления, менеджмента – личностного или социального);

г) проблем ротации кадров;

д) проблем перестройки системы работы (системы образования и др.)

В зависимости от особенностей учреждений (например, образовательных) выделяют:

- психологическое консультирование в дошкольных учреждениях;
- психологическое консультирование в общеобразовательной школе;
- психологическое консультирование в гимназии;
- психологическое консультирование в лицее;
- психологическое консультирование в специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях;
- психологическое консультирование в вузе и т.д.

Специальные проблемы в психологическом консультировании порождают отдельные варианты консультирования: консультирование тревожных клиентов; консультирование при реакциях страха и фобиях; консультирование враждебно настроенных и агрессивных клиентов; консультирование «немотивированных» клиентов; консультирование клиентов, предъявляющих завышенные требования к консультированию; консультирование «плачущих» клиентов; консультирование при переживании вины; консультирование истерических личностей; консультирование обсессивных личностей (с навязчивыми побуждениями к выполнению действия или их серии); консультирование при параноидальных расстройствах; консультирование шизоидных личностей; консультирование асоциальных личностей; консультирование при алкоголизме; консультирование клиентов с психосоматическими расстройствами; консультирование клиентов с депрессией и суицидальными намерениями; консультировании акцентуированных клиентов и клиентов с психопатиями; консультирование при переживаниях утраты: консультирование в случае смерти близкого человека; консультирование при переживании утраты при разводе; особенности беседы с умирающим человеком; консультирование при сексуальных проблемах; консультирование родителей детей-инвалидов.

2.2.5. Основные направления консультирования

В настоящее время существует достаточно много различных направлений консультирования. Остановимся на краткой характеристике некоторых из них.

Психоанализ

Главные теоретики: Зигмунд Фрейд, Анна Фрейд, Хайнц Кохут.

Взгляд на природу человека. Акцент на раннем детстве и на психосексуальных стадиях развития; признание важности бессознательного и защитных механизмов Эго. Психическая жизнь существует на сознательном, предсознательном и бессознательном уровнях

Основные положения теории.

- Выделяется два вида инстинктов: эротические, или инстинкты жизни (эрос), и разрушительные, или инстинкты смерти (танатос).

- Энергия инстинктов жизни называется «либидо». Люди в значительной степени мотивированы принципом удовольствия.

- В состав психического аппарата входят следующие структуры: Ид – Оно (бессознательное, борется за инстинктивное удовлетворение), Супер-эго – Сверх-Я (влияние родителей и морали) и Эго – Я (выполнение инстинктивных требований на основе принципа реальности). Эго имеет трех руководителей – внешний мир, Ид и Супер-эго, и каждый из них может вызывать тревогу. Психическая энергия распределена между трех структур, которые могут гармонизировать или конфликтовать друг с другом.

- Люди сексуальны с рождения, хотя склонны забывать об этом обстоятельстве. Между полами имеются некоторые различия в сексуальном развитии, в частности, различия, связанные с Эдиповым комплексом.

- Пока Эго ребенка слабо, оно склонно развивать защитные механизмы, чтобы отражать сильные импульсы, исходящие от Ид. Чрезмерное подавление ранних сексуальных переживаний может привести к неврозу. Ослабленное Эго не имеет доступа к материалу, и подавленные импульсы преобразуются в невротические симптомы. Механизмами психологической защиты могут быть *подавление* (насильственный запрет на переживания), *проекция* (приписывание другим вытесненных переживаний); *рационализация* (разумное объяснение иррациональных поступков), *инверсия* (достижение цели способами, противоречащими ранее избранным и приемлемым в социуме); *отрицание* (вытеснение воспоминания о переживании как невозможном); *самообвинение* (критика себя с целью самооправдания); *регрессия* (возвращение к детским способам защиты); *сублимация* (вытеснение травмирующих переживаний через продукты творческой или продуктивной деятельности).

Цель и задачи: консультант помогает сделать бессознательное сознательным посредством снятия подавления, произошедшего в детстве, заполнения провалов в памяти и создания возможности выносить суждения, опираясь на силу Эго, а не используя его слабость, имевшую место в прошлом. Консультант способствует тому, чтобы клиент прошел через нерешенные стадии развития; помогает клиенту научиться справляться с трудностями и адаптироваться.

Роль психолога-консультанта:

- консультант выступает в роли эксперта, учителя;
- способствует переносу и исследованию бессознательного;
- помогает в интерпретации поведения клиента.

Ожидания от клиента:

- ✓ принятие концепции психоанализа;

- ✓ полная открытость, готовность к длительному периоду совместной работы;
- ✓ запрет на серьезные изменения в жизни и установление близких отношений с консультантом.

Методы, используемые консультантом:

- метод свободных ассоциаций;
- анализ сновидений как выхода из подсознания информации о прошлом;
- анализ переноса;
- анализ сопротивления;
- интерпретация опыта.

Достоинства:

- ❖ акцент на важности сексуальности и бессознательного в человеческом поведении;
- ❖ приемлемость диагностических инструментов;
- ❖ разнонаправленность;
- ❖ изучение отобранных случаев на протяжении длительного периода;
- ❖ изучение жизненных стадий развития человека, особенно детства.

Ограничения метода:

- ✓ реализация подхода трудоемка и дорога;
- ✓ закрытая система применения, ограниченная в основном психиатрией;
- ✓ сосредоточенность на патологии;
- ✓ детерминистический характер;
- ✓ подход неэффективен для инвалидов с незначительными расстройствами.

Адлеровское консультирование

Главные теоретики: Альфред Адлер, Рудольф Дрейкурс, Томас Суини.

Взгляд на природу человека. Акцент на социальном интересе как главном источнике мотивации; важность порядка рождения ребенка, состава семьи, стиля жизни и телеологических (будущих) целей как главных факторов личностного роста и развития.

Основные положения теории.

- Личность – неделимая целостность, являющаяся интегральной частью социума, а индивидуальность – это неповторимый путь выработки способа самоутверждения, стиля жизни.
- В консультировании и коррекции важен учет трех моментов: прошлого опыта клиента; настоящей ситуации и направления движения.

- Первичная адаптация к жизни (прототип) формируется от 3 до 5 лет, большинство прототипов неосознаваемы, они становятся костяком, обрастают смыслами и обладают направляющей силой.

- Человеческое поведение носит целенаправленный характер; цели человека не меняются в течение жизни, а изменяется система отношений.

- Неполноценность, ее компенсация и социальная среда – это три составляющих, результирующая сила воздействия которых приводит к формированию стремления к значимости и превосходству.

- Люди живут вымыслом, определяя с помощью него свои цели, определяя тем самым свое поведение и стиль жизни, поэтому на поведение человека больше влияют ожидания, связанные с будущим, чем события прошлого.

- Удовлетворенность жизнью исходит из социального интереса как основы человеческого существования.

- Здоровая личность – это личность, которая имеет социальное личностное чувство (принадлежность к дому, вере, общности, человечность, оптимизм); социально-ориентированное поведение (помощь, участие, кооперация, эмпатия, реформирование, уважительность) и когнитивные допущения, ориентированные на социум («Мои права и обязанности равны правам и обязанностям других», «Мои личные цели достигнуты во благо общества», «Я полагаю, что к другим стоит обращаться так же, как я бы хотел, чтобы они обращались ко мне»).

- Возможны четыре ошибки в «картине мира клиента»: недоверие, себялюбие, нереалистические амбиции, недостаток уверенности.

Цель и задачи: консультант помогает найти ошибку в «картине мира» клиента, из-за которой возникают психологические проблемы; культивирует социальные интересы; снижает чувство неполноценности; исправляет искаженные представления и ошибочные цели, развивает способность клиента к инсайту, способствует поведенческим изменениям через действие по принципу «как будто бы».

Роль психолога-консультанта:

- консультант помогает разобраться в «картине мира» клиента;
- формирует равноправные отношения с клиентом;
- моделирует, изучает и оценивает ситуацию клиента;
- обсуждает с ним предположения;
- назначает домашнюю работу, поощряет, подбадривает, обращается к личностным ресурсам.

Ожидания от клиента:

- ✓ занимает партнерскую позицию;
- ✓ проявляет активность, ответственность, стремление к сотрудничеству и доверие.

Методы, используемые консультантом:

- создание атмосферы поддержки, проявление искреннего интереса; демонстрация веры в возможности и способности человека;
- активное слушание;
- анализ личностной динамики («опросник «Семейного созвездия», набор вопросов «Раннее воспоминание»; анализ сновидений как репетиции будущих действий; выявление и осознание приоритетов (превосходства, контроля, комфорта, желания быть приятным, подведение итогов, нахождение главных ошибок);
- подбадривание – признание личного мужества клиента, его духовных сил и свободы выбора в поступках на основе приобретенного самопознания;
- поощрение инсайта – создание условий для инсайта (озарения) с последующей интерпретацией (намекы, подсказки и предположения);
- помощь в переориентации – воплощение инсайта в действие с помощью техник антисуггестии (парадоксальной интенции) - многократное преувеличение нежелательной активности, навязчивого движения, действия «Если бы...» - изыскание возможностей компенсации неадекватных чувств, установок, действий на протяжении определенного времени и не только в ситуации непосредственного взаимодействия с психологом, методика «Поймай-себя» - отслеживание клиентом деструктивного поведения с чувством юмора, не впадая в самообвинения, «нажатие кнопки» - фокусировка на приятных или неприятных эмоциях, включение и выключение их мысленным нажатием соответствующей кнопки, «избегание плакунчика» - уход от привычной пессимистической позиции: «Меня никто не любит», «плевок в суп» - разрушение ценности определенного типа поведения клиента, вызывающего осложнения при взаимодействии с социумом; «владение собой» - распознавание клиентом саморазрушительных действий или мыслей;
- упор на пробуждение у клиента достоинства и ответственности через конфронтацию, исследование воспоминаний, сновидений и приоритетов клиента.

Достоинства:

- ❖ поощрение и поддержка консультантом равных отношений;
- ❖ многосторонность;
- ❖ расширение профессиональной лексики отдельными терминами, например «комплекс неполноценности»;
- ❖ упор на социальную психологию, учет порядковой позиции ребенка в семье;
- ❖ широкий спектр методик;
- ❖ может применяться в консультировании представителей различных социальных групп, последователи Адлера разработали модели консультирования для работы с детьми, подростками, родителями, целыми семьями, группами преподавателей, другими социальными группами.

Ограничения метода:

- ✓ не достает надежной исследовательской базы, реализация подхода трудоемка и дорога;
- ✓ во многом субъективен;
- ✓ слишком оптимистичен в объяснении природы человека;
- ✓ консультант полагается на вербальную эрудицию, логику и понимание со стороны клиента, что применимо только с клиентами с высоким интеллектом. Закрытая система применения, ограниченная в основном психиатрией.

Личностно-центрированное консультирование

Главные теоретики: Карл Роджерс, Анджело Бой, Джеральд Пайн.

Взгляд на природу человека. Понимание человека как изначально положительного, движущегося вперед, заслуживающего доверия, феноменологический взгляд на личность как на индивидуальность; человек является самонаправляемым и ориентированным на рост при наличии благоприятных возможностей.

Основные положения теории.

- В личностно-центрированной, или клиент-центрированной теории, подчеркивается важность Я-концепции людей, зависящей от способов, которыми они осознают или определяют себя. «Я»-реальное – система представлений о самом себе, которая формируется на основе опыта общения и отношения к себе. «Я»-идеальное – идеальное представление о себе. Степень различия между «Я»-реальное и «Я»-идеальное определяет степень дискомфорта личности и личностный рост. Несоответствие между «Я»-реальным и жизненным опытом, с одной стороны, и «Я»-идеальным и «Я»-реальным вызывают у человека тревогу и нарушают психологическую адаптацию.

- «Самость» – центральное понятие, целостность, включающая в себя телесный (на уровне организма) и символический, духовный (на уровне сознания) опыт.

- Стремление к самоактуализации, свойственное организму и делающее возможным его самосохранение и самоусиление – единственный мотивирующий стимул для людей. Я-концепция складывается у людей очень рано. Многие представления о себе, которые формируют Я-концепцию, вероятно, основываются на собственном организмическом оценочном процессе. Однако иные представления о себе отражают усвоенные понятия о ценностях других. Таким образом, возникает конфликт между стремлением к актуализации и Я-концепцией, которая является подсистемой стремления актуализации. Этот конфликт препятствует правильному восприятию как внутреннего, так и внешнего опыта.

- В зависимости от степени угрозы, которую несет собой опыт, организм может защищать свою Я-концепцию, отвергая опыт или искажая

его восприятие. Люди психологически в той степени, в какой их представления о себе позволяют им воспринимать опыт.

- Условия создания благоприятной атмосферы консультирования: безусловное позитивное отношение к выражаемым клиентом чувствам, эмпатия, аутентичность (отказ от маски профессионала или от иного камуфляжа); воздержание от интерпретации и от подсказок решений проблем клиенту.

- Самоактуализирующиеся люди открыты для опыта, рациональны, несут личную ответственность, имеют чувство собственного достоинства, способны к установлению и поддержанию хороших личностных отношений и ведут этичный образ жизни.

- В практике личностно-центрированного консультирования акцент делается на качестве межличностных отношений. Хорошее отношение конструктивно меняет личность клиента. Личностно-центрированный клиент обеспечивает всем клиентам конгруэнтность в отношениях, безусловное положительное отношение и эмпатию.

- Создание благоприятной обстановки в процессе консультирования способствует тому, что у клиентов возрастает конгруэнтность в отношениях, усиливается чувство собственного достоинства и эмпатии. Таким образом, клиенты находятся в процессе становления личности и регулирования собственной жизни.

Цель и задачи: самоизучение, открытость по отношению к себе и другим, самонаправленность и реалистичность; большая терпимость к себе, другим и окружению; акцент на «здесь и теперь».

Роль психолога-консультанта:

- подчеркнуто холистический подход, непосредственность отношений «Я-ТЫ»;
- консультант способствует проявлению уникальности клиента и обращает на эту уникальность внимание самого клиента;
- консультант выступает в качестве средства;
- акцент на личных качествах: сердечности, эмпатии, доброжелательности, конкретности и искренности.

Ожидания от клиента:

- ✓ клиент может чувствовать себя беспомощно;
- ✓ ведет себя неконгруэнтно;
- ✓ достаточно закрыт, но готов к позитивным изменениям.

Методы, используемые консультантом:

- одобрение;
- разъяснение; вербализация (внесение собственного видения «острых углов» путем перефразирования);
- отражение эмоций (называние эмоций клиента);
- использование эмпатии, положительное отношение;
- конгруэнтность, самораскрытие, активное/пассивное слушание, открытые вопросы-утверждения,
- подытоживание.

Достоинства:

- ❖ открытость теории и ее способность эволюционировать;
- ❖ применимость к широкому диапазону человеческих проблем;
- ❖ эффективность при работе с определенными нарушениями (например, нарушениями адаптации);
- ❖ кратковременность воздействия;
- ❖ положительный взгляд на природу человека.

Ограничения метода:

- ✓ недостаток конкретности;
- ✓ работает лучше всего с разговорчивыми, сообразительными клиентами;
- ✓ игнорирует бессознательные и врожденные побуждения;
- ✓ имеет дело с поверхностными проблемами.

Гештальт-терапия

Главные теоретики: Фриц Перлз, Лаура Перлз, Джоан Фейгэн.

Взгляд на природу человека. Акцент на важности цельности и завершенности человеческой жизни; подчеркивание внутренне здорового смысла человека и важности аффекта; антидетерминизм подхода; сосредоточенность на изменении.

Основные положения теории.

- Человек – целостная система, которая может существовать только в определенной окружающей среде. Следовательно, разделение «душа-тело» и «личность–окружающая среда» является ошибочным.
- Гештальт – это «форма», «образ», «модель» или «конфигурация». Как только завершается один гештальт, наступает другой, границей между ними является граница между средой и организмом, именно здесь разворачиваются психологические события.
- Людям нужно периодически испытывать фрустрацию, чтобы научиться мобилизовать собственные ресурсы на управление окружающей средой. Однако дети, часто испытывающие воздействие авторитарных взрослых, не могут приобрести достаточную самостоятельность и подавляют свои эмоции.
- Между Я-зоной и внешней зоной имеется промежуточная зона – зона фантазии. Возникновение беспокойства или страха перед аудиторией обусловлено активностью этой зоны. При неврозе ведется непрерывная борьба между действительностью и фантазией.
- Четыре основных невротических механизма, или расстройства, лежат на границе контакта – это *интроекция* (усвоение человеком норм, оценок, чувств, взглядов образцов поведения других людей, которые вступают в противоречие с собственным опытом, не ассимилируются личностью, этот интроект - чуждая для человека часть его личности, которая со временем неразличима с собственными убеждениями),

проекция (отчуждение человеком присущих ему качеств как несоответствующих «Я-концепции», человек делает другим то, в чем их обвиняет), *ретрофлексия* (перенос на себя энергии, предназначенной для удовлетворения потребностей во внешней среде, но заблокированных ею, например, аутоагрессия, внутриличностные конфликты, что ведет к мышечным зажимам) и *слияние, или конфлуенция* (стирание границ между «Я» и окружением). Существует еще один механизм – дефлексия – уклонение от реального контакта, выражается в болтливости, уходе от конфликтов, тенденции «сглаживания» конфликтных отношений, ритуальности, условности поведения.

- Структура невроза пятислойна. Выделяют слой клише; слой управляемых фальшивых ролей и игр (по Э. Берну или по З. Фрейду) – это отказ от реализации своего «Я»; тупик (утрата поддержки извне, ощущение беспомощности и бесцельности, нежелание реализовывать собственные ресурсы); смертельный, или имплозивный слой (внутреннее смятение, отчаяние, отвращение к себе, ощущение страха смерти, человек стремится справиться с ситуацией), эксплозивию (сброс фальшивого, наносного, действия от собственного «Я»).

- Целями консультирования является скорее поддержка самого себя, чем поддержка окружающей среды, поддержание контакта с собственными чувствами и экзистенциальным центром, скорее самоактуализация, чем актуализация своего мысленного образа, развитие ответственности, способности делать свободный выбор, а также формировать и завершать сильные гештальты.

- Гештальт-терапевты фокусируют свое внимание на том, каковы у их клиентов расстройства на границе контакта сейчас, в данной конкретный момент.

Цель и задачи.

Акцент на непосредственности опыта; осуществление выбора в настоящем; разрешение прошлых проблем, достижение конгруэнтности, умственный рост; избавление от неврозов, поощрение независимости и самодостаточности, обнаружение психологических блоков, препятствующих росту и изживание их.

Роль психолога-консультанта:

- консультант как катализатор, помощник, сотворец гештальтличности клиента;
- консультанту необходимо быть искренним, побуждающим и активным;
- акцент делается на «теперь»;
- консультант помогает клиенту завершить незаконченное дело;
- консультант обращает внимание на вербальные и невербальные сигналы;
- конгруэнтность консультанта;
- использование «Я» вместо «Оно».

Ожидания от клиента:

- ✓ активная роль;
- ✓ право на собственные интерпретации позиций, на осознание схем своего поведения и жизни;
- ✓ переключение с рационализации на переживание;
- ✓ желание и готовность клиента принять процесс актуального переживания.

Методы, используемые консультантом:

- использование упражнений и незапланированных экспериментов;
- методики осознания, симпатии и фрустрации;
- упражнения включают фрустрационные действия (вызывание гнева);
- фантазирование (игра «Заброшенный магазин», идентифицируют с оставленным товаром части своего «Я»);
- ролевые игры: «репетиция» (осознание собственных стереотипов, использование новых идей), «у меня есть тайна» (исследование чувства вины);
- психодрама;
- эксперимент строится на взаимодействии клиента и консультанта и предполагает преувеличение телесных, вокальных движений для развития самосознания;
- применяется работа над содержанием сновидений, сновидения рассматриваются как знаки для отражения положения человека в настоящее время, просят побыть частью сна;
- техники «пустого стула» и диссоциированного диалога (разговор со стулом как частью себя, например, с частью себя, отвечающей за возникновение страха, агрессии и т.д.);
- конфронтация – указание на неконгруэнтность мыслей и чувств клиента;
- работа в группе;
- гиперболизация;
- принятие ответственности, техника «Большой пес» (олицетворение обязанностей, требований, оценки) и «щенок» (пассивно-оборонительная позиция с уловками, оговорками, оправданиями, без агрессии);
- техника «Наоборот» (игра несвойственного клиенту поведения).

Достоинства:

- ❖ помогает объединить аспекты жизни, разрешить любые проблемы;
- ❖ подход делает упор на действие и активность;
- ❖ применим при определенных аффективных расстройствах;
- ❖ гибок в использовании методов.

Ограничения метода:

- ✓ недостаток надежной теоретической базы;
- ✓ неопределенность;
- ✓ не принимает во внимание пассивное научение;
- ✓ сторонится тестирования и диагностики;
- ✓ эгоцентричность подхода.

Трансактный анализ

Главные теоретики: Эрик Берн, Клод Штайнер Томас, Харрис Грэхем, Барнс.

Взгляд на природу человека: Оптимизм подхода проявляется в признании того, что люди могут изменяться; личность состоит из трех взаимодействующих эго-состояний: родителя, взрослого, ребенка; подчеркивается важность для индивидуального благополучия и роста внутриличностной интеграции и анализа транзакций, игр, использования времени и сценариев.

Основные положения теории.

- Исходная жизненная позиция людей – это позиция о'кей, однако переживания опыта в раннем возрасте часто приводят к изменению жизненной позиции.

- Эго-состояние – это моделирование чувствования, мышления и поведения. Каждый человек имеет три Эго-состояния: Родитель («воспитывающий», «заботящийся» – советы, поддержка, опека или «контролирующий» – запреты, санкции) - информация, полученная в детстве от авторитетных взрослых; Взрослый – рациональное, объективное начало, полученное в результате собственного опыта и делающее человека независимым; Ребенок («естественный» – доверчивый, непосредственный и «адаптированный» - соответствующий ожиданиям родителей, конформный, неуверенный, стыдливый, разновидность – «бунтующий»)- взгляды, перенятые у родителей, соответствующую возрасту оценку действительности и пережитки детства индивидуума. При анализе Эго-состояний внимание, как правило, концентрируется на Эго-состояниях Родителя и Ребенка. Эго-состояние, которое проявляется на данный момент, оказывает наибольшее влияние на клиента.

- Имеется шесть способов структурирования социального времени: уход, совершение ритуалов, деятельность, времяпрепровождение, игры и создание интимности.

- Транзакции включают в себя обмен поглаживаниями или единицами признания между Эго-состоянием тех, кто участвует в социальном взаимодействии. Транзакции между Эго-состояниями могут быть дополнительными (совпадение направлений Рд-Рд, В-В, Рб-Рб); перекрестными (перекрещивающиеся: в ответ на «В-В» следует «Рб-Рд») или скрытыми (под видом социально приемлемой коммуникации индивидуум привлекает внимание к социально более опасной

коммуникации, например, потенциальные сексуальные отношения, то есть видимость транзакции «В-В», а подтекст «Рб-Рб»).

- Сценарии представляют собой подсознательные жизненные планы, с помощью которых люди структурируют свое время и определяют свои судьбы.

- В основе сценариев лежат принятые на ранних этапах жизни решения, перед принятием которых молодой человек входит в одну из «неокей» жизненных позиций и отказывается от автономии для того, чтобы неохотно выполнять родительские приказания.

- Матрица сценария – это путь осмысления директив, данных Эго-состоянием родителей Эго-состоянием ребенка.

- В консультировании по данному направлению необходимо достичь автономии через развитие интегрированного Взрослого. Автономные люди характеризуются осознанием, спонтанностью и интимностью.

- Структурный анализ Эго-состояний, транзактный анализ, анализ игры и анализ сценария – вот подходы, использующиеся в практике транзактного анализа.

- Психологические позиции или жизненные установки человека: «Я благополучен – ты благополучен» (позиция довольства и принятия других), «я неблагополучен – ты неблагополучен» (позиция отчаяния, разочарования в жизни), «я неблагополучен – ты благополучен» (позиция человека с низкой самооценкой, неуверенного в себе), «я благополучен – ты неблагополучен» (ценит только себя и свою жизнь).

Цель и задачи: преобразование, достижение процветания и автономии; приобретение большей осведомленности, освобождение от игр, установление близких отношений и отношений одобрения.

Роль психолога-консультанта:

- консультант заключает контракт с клиентом на изменение;
- консультант выступает в качестве учителя;
- инструкции даются на языке транзактного анализа.

Ожидания от клиента:

- ✓ заключение контракта, где оговариваются цели, пути их достижения, требования к клиенту;
- ✓ осознание клиентом того, что он хочет в себе изменить;
- ✓ ответственность за выполнение контракта.

Методы, используемые консультантом:

- терапевтические контракты, их специфичность и конкретность;
- дознание;
- уточнение;
- конфронтация;
- иллюстрация;
- кристаллизация;
- концентрация на ранних воспоминаниях клиента;

- анализ структуры личности;
- комбинирование с методами гештальт-терапии.

Достоинства:

- ❖ понятная и хорошо сформулированная терминология;
- ❖ легкое комбинирование с другими методами;
- ❖ возлагает на клиента ответственность за сделанный выбор;
- ❖ подход направлен непосредственно на достижение цели.

Ограничения метода:

- ✓ простота и популярность, выхолащивающие эффективность;
- ✓ когнитивная направленность;
- ✓ недостаток внимания к квалификации консультантов.

Бихевиориальное и когнитивно-бихевиориальное консультирование

Главные теоретики: Джон Б. Уотсон, Б.Ф. Скиннер, Джозеф Вольпе, Альберт Бандура, Дональд Мейхенбаум, Аарон Бек.

Взгляд на природу человека: любое человеческое поведение - предмет научения; старые формы поведения могут быть подавлены, а новые установлены; условное научение, оперантное обусловливание и социальное моделирование – три главных способа научения.

Основные положения теории.

- И.П. Павлов показал, что формирование условного рефлекса подчиняется ряду требований: по смежности – совпадение по времени индифферентного и безусловного раздражителей, повторение - многократное сочетание индифферентного и безусловного раздражителей.
- В отличие от классического обусловливания «стимул-реакция» (S–R) ученые разработали принцип оперантного обусловливания «реакция – стимул» (R-S), согласно которому поведение контролируется его результатами и последствиями.
- Поведенческое консультирование начинается с поведенческой оценки, с функционального анализа проблемных зон клиента.
- Поведенческие консультанты делают попытки, основанные на СРП-оценке (С - стимул ситуационного прошлого, Р - переменные реакции; П - последствия, или переменные результата). Целью СРП-анализа является поиск ключевых переменных, которые управляют поведением клиента.
- Изменение поведения через изменение предпосылок или последствий действий, устранение нежелательного поведения, обучение социальным навыкам, повышение компетентности за свои действия.
- У клиента могут наблюдаться следующие виды поведения: а) неассертивное, или заторможенное, поведение, при котором люди жертвуют своими интересами; б) агрессивное поведение, при котором люди «усиливаются» за счет других; в) ассертивное поведение, при

котором усиление индивидуумов таково, что усиливаются обе взаимодействующие стороны.

Цель и задачи: помогает клиенту лучше приспособиться, изменить недостаточно адаптивное поведение, обучает продуктивным реакциям; позволяет устанавливать конкретные цели и подцели и достигать их; изменяет мышление, устраняет дефицит в поведенческих репертуарах; ослабляет или устраняет неадекватное поведение; устраняет изнурительные реакции тревоги; развивает способности расслабляться; развивает способность самоутверждаться; развивает эффективные социальные навыки; позволяет достичь адекватного сексуального функционирования; развивает способность к саморегулированию.

Роль психолога-консультанта

- консультант проявляет активность на сессиях;
- консультант выступает в роли учителя, руководителя и эксперта;
- помогает клиенту прояснить цели и добиться изменений в поведении и мыслях;
- тщательная оценка, вмешательство.

Методы, используемые консультантом:

- использование подкрепления (первичного и вторичного, позитивного и негативного, непрерывного и прерывающегося);
- систематическая десенсибилизация - обучение глубокому мышечному расслаблению, выстраивание иерархии стимулов, вызывающих тревогу, предложение клиенту вообразить, пребывая в состоянии релаксации, объекты из иерархии, вызывающие тревогу;
- обусловливание (классическое Павловское научение благодаря подкрепляющему сочетанию стимулов; оперантное (скиннеровское) научение путем выбора стимулов, сопровождается положительным подкреплением);
- шейпинг – создание условий, благоприятствующих реализации цепочке шагов, овладение которыми приводит к усвоению программы поведения;
- положительное подкрепление;
- моделирование;
- обмен услугами;
- затухание, снижение реакции за счет ослабления стимула;
- самонаблюдение;
- наказание (в частности, авersiveный метод, например, слабый удар током в связи с нежелательным поведением в сочетании со специальной программой подкрепления);
- планирование окружения;
- систематическая десенсибилизация;
- техники «взрыва» и «погружения»;
- таймауты – удаление и лишение позитивного подкрепления;

- сверхкоррекция – наведение порядка, извинение и принятие ответственности за нарушаемые ранее нормы;
- «скилл-терапия» - имитация поведения;
- приостановка мышления;
- метод «наводнения», или «имплозивная терапия, – многократное повторение тревожащих сцен (встреча лицом к лицу с тревожащими кошмарами) с целью снижения их «потенциальной тревожности».

Достоинства:

- ❖ делает упор на «здесь» и «сейчас»;
- ❖ имеется множество доступных процедур;
- ❖ возможна хорошая профессиональная организация, основанная на применении подходов из теории научения;
- ❖ подходы эффективны при различных расстройствах, хорошо исследованы, продолжают развиваться;
- ❖ легко могут комбинироваться с другими теоретическими подходами.

Ограничения метода:

- ✓ внимание направлено не на целостную личность, а только на поведение;
- ✓ может применяться механически;
- ✓ временами труден в воспроизведении в конкретных условиях консультирования;
- ✓ методы обгоняют развитие теоретической базы;
- ✓ игнорирует прошлое и бессознательное;
- ✓ не учитывает стадии развития личности.

2.2.6. Интервью как основной метод консультирования. Техники психологического консультирования

Интервью является одним из специальных методов создания для другого человека альтернативных вариантов действий, переживаний, чувств, мыслей, целей, т.е. большей мобильности его психической реальности. Характерные особенности интервью заключаются в том, что оно индивидуализировано, предметом взаимодействия психолога с клиентом является психическая реальность последнего (например, его мысли и чувства). Тема интервью задается жизненным контекстом клиента. *Интервью* предполагает оказание воздействия с помощью вопросов и специальных заданий, раскрывающих потенциальные и актуальные возможности другого человека. Вопросы – основной способ воздействия психолога в ходе интервью.

Г.С. Абрамова предложила пятишаговую модель интервью, метафорически она представлена следующим образом.

Первый шаг – структурирование, достижение взаимопонимания, маркировка первого шага – «Привет!».

Второй шаг – сбор информации, выделение проблемы, идентификация потенциальных возможностей клиента, маркировка – «В чем проблема?».

Третий шаг – желаемый результат, маркировка – «Чего вы хотите добиться?».

Четвертый шаг – выработка альтернативных решений, маркировка – «Что еще мы можем сделать по этому поводу?».

Пятый шаг – обобщение, переход от обучения к действию, маркировка – «Вы будете делать это?».

На *первой стадии* строится прочный союз с клиентом, чтобы он чувствовал себя психологически комфортно, структурирование может быть необходимо для объяснения целей интервью. Варианты позиции во взаимодействии могут быть следующие: 1) психолог занимает позицию «над» клиентом; 2) психолог занимает позицию равенства с клиентом; 3) психолог предлагает клиенту занять позицию «над» ним, т.е. он готов следовать за клиентом. Клиент решает задачи эмоционального и когнитивного принятия ситуации интервью и личности психолога. Эта стадия интервью заканчивается, когда достигнуто соответствие психолога и клиента. Методы раппорта варьируются в зависимости от индивидуальных или культурных особенностей. Большое значение на первом этапе интервью имеет выбор *лексики*. Все оценочные модальности (случилось, беспокоит, произошло и т.п.), а также близкие к научным термины («проблема») лучше не использовать совсем. Интервью может начаться со вступления, заданного психологом: «Слушаю Вас... Расскажите о себе» или «Что Вас привело ко мне?»

Создается возможность разговора о себе, т.е. задается предмет взаимодействия – клиент и события его жизни. Психологу при установлении контакта с клиентом необходимо использовать имя собеседника в обращении к нему. Повторение имени создает условия для индивидуализации контакта, так и для воздействия на другого человека.

Процедура успокоения клиента, нейтрализации действия имеющихся у него комплексов, снятия психологических барьеров в общении может включать приемы, создающие для клиента атмосферу физического и психологического комфорта, обеспечивающие его психологическую безопасность:

- дать возможность клиенту некоторое время побыть одному, например, посидеть в одиночестве 2-3 минуты, не общаясь ни с кем; психолог-консультант в это время может заняться каким-нибудь делом в консультации или выйти на короткий промежуток времени из помещения.
- включить в помещении консультации негромкую и приятную музыку в то время, когда клиент настраивается на предстоящий разговор с консультантом;

- дать в руки клиенту во время беседы какой-либо привлекательный небольшой предмет;
- предложить клиенту что-либо сделать своими руками во время разговора с психологом-консультантом под предлогом, например, оказания психологу-консультанту небольшой услуги, помощи.

На *второй стадии* определяется, зачем клиент пришел на консультацию, и как он видит свою проблему. Умелое определение проблемы поможет избежать бесцельного разговора, задает направление беседе. Вся информация направлена на осознание клиентом контекста заказа и своей роли в происхождении психологической информации. Примерно 15-20 минут идет широкий рассказ клиента о себе. Необходимо четко уяснить позитивные возможности клиента. Анализ контекста психолог может выяснить:

- что знает клиент о возможности своих действий;
- что знает клиент о своих целях;
- что знает клиент о своих чувствах;
- что знает клиент о своих мыслях;
- как он воспринимает свое Я.

После того, как цели клиента четко поняты, следует вернуться к определению проблемы. Психолог одновременно решает вопрос о том, что надо знать клиенту о содержании своего внутреннего мира, чтобы сделать его более мобильным. Задавая вопросы, психолог ориентируется на «текст» клиента, где есть ключевые слова, отражающие содержание проблемы клиента. В каждой фразе клиента есть свои ключевые слова, которые не могут быть заменены синонимами. Психолог в своем профессиональном воздействии показывает клиенту его собственное участие в событиях его жизни. При этом он специально обращается к клиенту с оптимистическими суждениями: «Изменяясь сами, Вы будете изменять других», «Нужно время и терпение, чтобы изменился тот, кто рядом» и т.п.

Адекватный язык интервью отвечает следующим требованиям, обращенным к самому психологу как своего рода призывы к его сознанию.

1. «Не сгущай краски, употребляя оценочные слова».
2. «Ориентируйся на ключевое слово – тему клиента».
3. «Не навязывай свою точку зрения».
4. «Употребляй простые слова и образы для передачи информации».
5. «Говори кратко».

Во время консультирования достаточно четко изложить одну проверенную фактами гипотезу, чтобы показать клиенту вариант логики в его поведении. Повторение – один из принципов консультирования, который позволяет продемонстрировать человеку разные стороны его проблемы, чтобы он мог эту информацию принять и проверить. Консультирование не будет эффективным без эмоциональной включенности человека в рассказ о себе. Когда цели другого человека четко понятны психологу, следует вернуться к определению проблемы,

что позволяет клиенту увидеть свою проблему и уточнить его позитивные возможности.

На *третьей стадии* определяется, каким бы он хотел стать, а также что, по его мнению, произойдет, когда проблемы будут разрешены. Желаемое направление действий клиента и психолога может быть разумно согласовано. Если проблема ясна и конкретна, рекомендации могут быть даны немедленно.

Возможны варианты формулировки проблем с помощью схемы: 1) «Я не как все»; 2) «Я хочу, но не могу»; 3) «Я чувствую, но не знаю»; 4) «Я могу, но не чувствую». Эффективно и целесообразно использовать алгоритмом фиксации в интервью задач клиента, это организует для психолога процесс активного слушания с точки зрения его профессиональных возможностей, уменьшает вероятность профессиональной ошибки.

Таблица 6.

Модальность психической реальности

Модальность психической реальности (относительно независимы по проявлениям)	Словарные проявления модальности в тексте интервью (примеры утвердительных суждений)
Я-концепция	Неудачник, глупец, как все; плохая мать
Могу (возможности)	Умею, получается; выходит; делаю; способен
Хочу (цели)	Стремлюсь, стараюсь; достигаю; наметил
Думаю	Решаю, сочиняю, смекаю, прикидываюсь
Чувствую	Напрягаюсь, расслабляюсь; грущу; веселюсь

В интервью с психологом происходит как бы инсайт, клиент переживает изменения, происходящие с ним как результат собственных усилий. Опора психолога на потенциальные возможности клиента приведет к тому, что переживаемые клиентом изменения в ситуации интервью приведут к изменению его поведения. Направленное воздействие консультанта на клиента осуществляется с помощью ряда методов.

Методы воздействия

Метод	Описание	Функции во время интервью
<i>Интерпретация</i>	новое видение ситуации, это сердцевина метода воздействия	альтернативное видение реальности, изменение настроения клиента
<i>Директива</i>	указание на действие	показывает желаемое для психолога действие, предполагает выполнение этого действия
<i>Совет/информация</i>	домашнее задание, пожелание о действии	новые сведения
<i>Самораскрытие</i>	психолог делится личным опытом или разделяет в данный момент чувства клиента	установление раппорта, построен на «Я-предложениях» психолога
<i>Обратная связь</i>	дает возможность понять, как клиента воспринимает психолог, окружающие	дает конкретные данные, которые помогают клиенту осознать, как другие воспринимают его поведение и стиль мышления для иного самовосприятия
<i>Логическая последовательность</i>	объясняет клиенту логические следствия его мышления и поведения: «если, то...»	дает клиенту точку отсчета, помогает предвидеть результаты действий
<i>Резюме</i>	суммирует суждения психолога	проясняет, чего добились психолог и консультант
<i>Открытые вопросы</i>	Кто? Как? Почему?	выяснение основных фактов и событий жизни клиента
<i>Закрытые вопросы</i>	содержат частицу «ли» для краткости	сокращают данный монолог
<i>Поощрение</i>	повторение ключевых фраз клиента	проработка специфических слов и их смысла для клиента
<i>Пересказ</i>	повторение сущности слов клиента и его мыслей с использованием ключевых слов	активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
<i>Отражение чувств</i>	выделение эмоциональной стороны интервью	открывает чувства
<i>Обобщающее резюме</i>	повторение основных фактов и чувств клиента в ходе интервью	проясняет направления беседы

Направленное воздействие клиента осуществляется также следующими приемами: ссылка на авторитеты, апелляция к литературным источникам, обращение к научным данным как форме мифологии, которую использует консультант, опора на обыденную психологию.

Если клиент оказывает сопротивление воздействию клиента, то психолог обозначает сопротивление и работает с ним с использованием фраз: «Вам трудно принять», «Вам не хочется согласиться...». Это позволяет обозначить ситуацию отказа и является демонстрацией отказа со стороны психолога во что бы то ни стало переориентировать клиента. Психолог оставляет за клиентом право на сопротивление. Интервью идет на фоне негативной информации о клиенте, так как позитивную информацию ему трудно проговорить. В ненавязчивой манере психолог должен помочь клиенту воссоздать положительную информацию о себе. Тестирование позволяет психологу выявить ресурсы личности клиента, сфокусировать внимание на его возможностях. Позитивному обсуждению может быть посвящена целая консультация. Чаще всего третий этап занимает по времени 15 минут.

На *четвертой стадии* прорабатываются разные варианты решения данной проблемы. Это подразумевает творческий характер подхода к данной задаче, поиск альтернатив. Данный этап может включать длительное исследование личностной динамики. Эта фаза интервью может быть самой продолжительной. Очень важно учитывать индивидуальные и культурные различия при выработке вариантов решений. То, что является «правильным» решением с точки зрения одного, может оказаться совершенно неприемлемым для другого. С некоторыми группами предпочтителен директивный стиль рекомендаций. Вслед за Г.С. Абрамовой остановимся на описании различных видов директив.

Таблица 8

Виды директив

Виды директивы	Содержание директивы
<i>Конкретное изложение</i>	«Я предлагаю Вам сделать следующее...»
<i>Парадоксальная инструкция</i>	Продолжайте делать то, что Вы делаете. Повторяйте свои действия (мысли, поступки), по крайней мере, три раза»...
<i>Фантазии</i>	«Представьте себе...». «Закройте глаза и опишите, что Вы видите, что слышите, что чувствуете?». «Опишите ваш идеальный день, идеальную работу, партнера». «Представьте, что вы путешествуете внутрь своего тела»
<i>Ролевое указание</i>	«А сейчас вернитесь к той ситуации и вновь проиграйте ее». «Если вы не против, то пусть роль останется прежней, но измените небольшой фрагмент поведения»

Гештальт-метод «горячего стула»	«Говорите со своими родителями – они сидят в этом кресле. А сейчас пересядьте в это же кресло и ответьте за них...»
Гештальт-невербальное поведение	«Я заметил, что одна ваша рука сжата, а другая - раскрыта. Пусть одна рука поговорит с другой»
Свободные ассоциации	«Запомните это чувство, а потом расскажите о связанных с ним ассоциациях из воспоминаний детства. Перейдите к тому, что происходит в вашей повседневной жизни»
Переоценка	«Установите для себя негативные чувства, мысли. Теперь найдите для себя негативные переживания. А теперь отыщите в этом для себя что-то положительное и сконцентрируйтесь в этом направлении. Объедините это с проблемой»
Релаксация	«Закройте глаза и «плывите». Сожмите кулаки покрепче, теперь отпустите»
Систематическое снятие напряжения	1. Глубокая мышечная релаксация. 2. Построение иерархии беспокойства. 3. Связывание объектов тревоги с релаксацией.
Языковые замены	Замените «хотелось бы» на «я хочу». Замените «нельзя» на «желательно» и т.п.
Принятие чувств, эмоциональный потоп, медитация	«Вернитесь к этому чувству и примите его полностью». «Спокойно фокусируйте внимание на одной точке. Расслабьтесь, следите за дыханием. Пусть все мысли уйдут»
Гипнотический транс	«Внимательно смотрите в одну точку. Расслабьтесь, следите за дыханием. Фокусируйте свое мышление»
Групповая работа (обучение)	«Сейчас я хочу, чтобы вы все это делали»
Домашняя работа	«Попрактикуйтесь в этом упражнении на следующей неделе, расскажите об этом при Вашей следующей встрече. Заполните этот текст»
Дневник	«В течение (указать срок) Вы будете вести ежедневные записи...»
Письмо психолога клиенту	Пишется с учетом длительности и неоднозначности воздействия письменного текста на контекст жизни клиента
Личный кодекс поведения	«Составьте для себя жизненные правила и следуйте им»
Введение юридических норм	«Ваша ответственность регламентируется...». «Ваше право состоит в том, чтобы...». «Ваша обязанность состоит в том, чтобы...»
Обсуждение ролевых ограничений	«Как мать, Вы должны...». «Как отец, Вы имеете все основания для того, чтобы...». «Как учитель, Вы...»

Этот этап может быть длительным.

На *пятой стадии* психолог способствует изменению мыслей, действий, чувств в повседневной жизни клиента. Многие клиенты после интервью ничего не делают, чтобы изменить свое поведение, оставаясь на своих прежних позициях. Степень обобщений зависит от того, насколько полно учитывались индивидуальные и культурные различия на разных стадиях интервью. Изменения состояния клиента в ходе интервью – главный показатель его эффективности. Психолог должен уметь выделить эти изменения и сделать их доступными для клиента.

Заканчивать интервью лучше всего домашним заданием в целях мобилизации средств контроля за содержанием изменений, происходящих с клиентом в период интервью. Домашнее задание формулируется в простой, доступной для понимания и выполнения форме. Оно направлено на конкретную ситуацию и действия в ней. Если клиент выполнил задание частично или не выполнил, с ним обсуждаются причины невыполнения.

Кроме домашнего задания с клиентом могут быть обсуждены в завершение консультации рекомендации для обращения к специалистам из смежной области или к книге. В заключение беседы психолог прощается с клиентом, обещая потенциальную встречу. Работа психолога-консультанта требует профессиональной и личностной рефлексии, предъявляет высокие требования к энергетическим возможностям, к его нервно-психической устойчивости.

Под техникой психологического консультирования понимаются специальные приемы, которые психолог-консультант использует для выполнения процедур на каждом из этапов психологического консультирования (Р.С. Немов). Выделяются универсальная и специальная техника психологического консультирования: техники встречи с клиентом, начало беседы и приемы, позволяющие психологу-консультанту снять излишнюю напряженность в начале беседы с ним. В ходе беседы консультант обращается к различным формам выражения речевого этикета (приветствие, приглашение, обращение с вопросами, знакомство, выражение радости от встречи, удовольствия от беседы). На протяжении всей консультации используются приемы вербальной поддержки клиента. На стадии исповеди популярны приемы «зеркализации», «парафразы», «обобщения», «эмоциональной поддержки клиента», «использования консультантом языка клиента». Техники, применяемые при интерпретации исповеди клиента, помогают обобщить и проанализировать полученную информацию.

При слушании и понимании текста высказывания клиента G.Egan (1998) предлагает выделять три стороны содержания высказывания:

- клиенты рассказывают о своем *жизненном опыте*, событиях (уволители с работы, подвергся нападению и др.);
- клиенты рассказывают о своем *поведении* (много курит, пьет, весь день проводит в бесплодных мечтаниях и др.);

- клиенты рассказывают о своих *переживаниях* (депрессия после ссоры, чувство стыда и переживания предательства и др.).

Вариантами высказывания клиентов могут быть:

- а) высказывания о том, что происходит: «Мама не понимает меня»;
- б) высказывания о том, что делают или не делают другие люди: «Она целыми днями ничего не делает. Когда я прихожу домой, всюду беспорядок, неудивительно, что я не могу сосредоточиться на работе»;
- в) высказывания о поступках, делах, которые приводят к затруднениям: «Я даже еще не начинал общаться с такими людьми, они меня не поймут»;
- г) высказывания о поступках, делах, которые помогают справиться с затруднениями: «Когда мне скучно, я нахожу друзей, и мы идем пить»;
- д) высказывания о переживаниях, которые сопровождают разные этапы деятельности (начало, процесс, завершение): «Я, в конце концов, придумал название статьи, которую писал всю неделю, и был страшно счастлив!»;
- е) высказывания как прямое выражение чувств: «Я в депрессии».

Таблица 9.

Виды запроса

Виды запроса	Высказывания клиента
1. Просьба об эмоциональной и моральной поддержке	«Что делать, если он мне изменяет?»
2. Просьба о содействии в анализе жизненной ситуации	«Я не уверен, что правильно понимаю эту ситуацию, помогите разобраться?»
3. Просьба об информации	«Я прочитал об этом многое. Что самое важное в решении этой проблемы?»
4. Просьба об обучении навыкам	«У меня не получается в этой ситуации быть терпеливым, научите»
5. Просьба о помощи в выработке позиции	«Мое решение верно, не правда ли?»
6. Просьба в оказании влияния на кого-то или изменения в интересах этого человека	«Он очень скован, чего-то боится. Помогите ему избавиться от этих страхов»
7. Просьба в оказании влияния на кого-то в интересах клиента	«Заставьте его больше любить и уважать меня»

Вариантами ответов психолога могут быть: а) принятие запроса; б) ограничение запроса; в) переформулировка запроса; г) отказ от работы с запросом.

Консультант обеспечивает клиента средствами эффективного самоконтроля действий, направленных на выполнение полученных

рекомендаций. По окончании интервью психолог-консультант представляет клиенту дополнительные корректировочные советы и рекомендации. Техника завершающего этапа консультирования и практика общения психолога-консультанта с клиентом после окончания консультации помогает оценить эффективность проведенной работы и наметить перспективы дальнейшего сотрудничества.

2.2.7. Типология консультантов и клиентов

В настоящее время существует несколько классификаций типов психологов-консультантов и клиентов. Приемлемыми в процессе консультирования позициями психолога-консультанта можно считать:

- *психолога-нейтрального советчика*: стадии выслушивания, дополнительных вопросов, высказывания советов, рекомендаций; достоинства заключаются в правильности подхода, а недостатки позиции – в ее излишней заформализованности;
- *психолога-программиста*, ориентированного на составление программы возможных способов воздействия на клиента с ориентацией на объект действий и способы их реализации;
- *психолога-слушателя*, которого отличают психологическая и коммуникативная ценность позиции для клиента, самостоятельное принятие решения клиентом;
- *психолога-зеркало*, для которого характерно отзеркаливание клиента, решение проблемы через «присоединение».

Встречаются и другие позиции консультанта.

1. **Консультант как идеал.** Характерные черты: гордость, удовлетворение, сильное чувство собственного превосходства, напряженность, фрустрация, смущение. Позиция клиента: соглашательство, обилие комплиментов, подражание поведению, сходство в одежде, жажда присутствия консультанта, общая идеализация. Способ воздействия: сосредоточение на ожиданиях клиента.

2. **Консультант как провидец.** Характерные черты: ощущение всевидения, чувство высокой профессиональной компетентности, «комплекс бога». Позиция клиента: приписывание безграничных знаний и силы консультанту, взгляд на консультанта как на «эксперта», требование ответов, решений, испрашивание советов. Способы воздействия: сосредоточение на желании клиента получить совет, на его нерешительности, на возможностях выбора.

3. **Консультант как воспитатель.** Характерные черты: ощущение симпатии с переходом в сострадание, побуждение утешить, приласкать, успокаивающе прикоснуться, переживание фрустрации. Позиция клиента: бурные эмоции, плач, зависимость и беспомощность, нерешительность, желание физического прикосновения, ощущение незащитности. Способы воздействия: сосредоточение на потребности клиента находиться в

зависимости, нежелании брать на себя ответственность, альтернативных способах поведения, установках.

4. **Консультант как фрустратор.** Характерные черты: неловкость, ощущение балансирования на грани, напряженность, повышенное внимание к реакциям, отторжение и недоступность, нерасположенность к клиенту, чувство неприязни. Позиция клиента: оборонительная, бдительность, сдержанность, подозрительность, феномен «да-нет», «проверка» консультанта. Сосредоточение на установлении доверия, улучшении отношений, направленности переноса, работе с ранними переживаниями.

5. **Консультант как «пустое место».** Характерные черты: ошеломление, подавленность, застигнутость врасплох, недостаток признания, ощущение, что тебя используют, переживание собственной никчемности, ощущение обиды, фрустрации, чувство беспомощности. Позиция клиента: уход от темы, недостаток внимания, разговорчивость, бессвязность повествования, перескакивание с предмета на предмет. Способы воздействия: установление контакта, преодоление вербального барьера клиента, спокойное реагирование на клиента, эффект дистанцирования (С.Е. Watkins).

А.Ф. Копьев предложил различать группы клиентов в зависимости от степени их готовности к взаимодействию с консультантом. Им введено понятие «диалогическая интенция клиента» как большая или меньшая серьезность в намерениях решать свои проблемы и обсуждать их в данной конкретной ситуации с конкретным консультантом. Критериями описания типов клиента служат:

- реальность и мера жизненных затруднений клиентов;
- понимание и формулирование собственных проблем клиентами;
- проблематика обращений к консультанту;
- ответственность за обсуждение и разрешение сложной ситуации;
- готовность обсуждать ценностные, смысловые аспекты жизни;
- мера открытости к переживанию изменений, самораскрытию;
- мера контроля над содержанием и способом общения с консультантом.

При работе с клиентами, обратившимися к консультанту, С. Sills., M. Wide (1997) рекомендует использовать типологию Г. Юнга, построенную на основе доминирования той или иной психологической функции. Выделяют следующие типы личности, фиксирующие различия в стиле и способах получения, преобразования и организации информации, восприятия себя и окружающего мира.

Сенсорный тип. В приобретении информации и построении образа мира представители этого типа в буквальном смысле слова используют свои 5 ощущений (зрение, слух, осязание, обоняние, вкус); придают

значение осязаемым материальным фактам; уделяют внимание деталям и в работе с проблемой являются отличными систематиками. Реалисты и практики, они обычно очень методичны и знают свое дело, они живут в настоящем времени и испытывают удовольствие от деятельности, чаще физической.

Интуитивный тип. Они не замечают деталей, иногда даже становятся нетерпимы к ним, так как видят мир в более широком плане, выделяют широкий круг фактов и создают образ мира как впечатление от целого. Отличительная особенность интуитивиста от первого типа клиентов – большой интерес к возможностям и новым идеям, касающимся будущего. Рассматривая отношения и связи между вещами, они довольны переменами и хорошо чувствуют себя в начинании проектов. Однако они не настолько настойчивы в доведении замыслов до конца, как это характерно для клиентов сенсорного типа.

Мыслительный тип. Предпочитают рассматривать вещи исключительно в логическом и объективном планах. При столкновении с какой-либо ситуацией они предпочитают осмыслить ее логически, для того, чтобы добиться правильного и точного решения. Клиенты мыслительного типа рациональны, успешны в анализе, действуют по ясным и твердым принципам.

Эмоциональный тип. Хотя эти клиенты более свободны в демонстрации эмоций, их мир чувств относится к глубине переживаний окружающего. Они придают значение субъективному выражению – как своему, так и других. Для этого типа клиентов значимы связи между людьми, и в своих суждениях они отмечают, как люди чувствуют себя в тех или иных ситуациях. Их понимание людей базируется на эмпатии и способности идентифицировать себя с чувствами и обстоятельствами жизни других.

Профилактика типичных ошибок психолога-консультанта.

В процессе консультирования часто возникают так называемые **технические ошибки**. Допускаемые в психологическом консультировании ошибки классифицируют в соответствии со следующими показателями:

- ошибки, связанные с неправильным заключением психолога-консультанта о сути проблемы клиента, с неправильными рекомендациями клиенту,
- неверные действия клиента по реализации полученных рекомендаций,
- ошибки, обусловленные неточной интерпретацией;
- ошибки в интерпретации, вызванные неполнотой информации,
- ошибки в интерпретации из-за склонности делать преждевременные выводы,
- ошибки в интерпретации по причине недостаточного опыта работы в роли,
- ошибки в интерпретации по причине предвзятого, субъективного отношения,

- ошибки односторонности рекомендаций,
- ошибки предоставления практически невыполнимых рекомендаций,
- ошибки непонимания клиентом предлагаемых ему рекомендаций,
- ошибки объективной невозможности выполнить рекомендации.

Следует упомянуть об ошибках, появляющихся в процессе интервью. К этим ошибкам можно отнести отсутствие личностного обращения к интервьюируемому; поучения; очевидные и банальные советы; избыточную заинтересованность в содержании интервью; уход от профессионального взаимодействия в бытовое; использование специальной, редко употребляемой в быту терминологии; стремление интервьюера занять собой, своими личными проблемами и высказываниями большую часть времени; навязывание своего мнения интервьюируемому; эмоциональное воздействие через оценку качеств интервьюируемого; отсутствие четких целей интервью; уличение клиента в неискренности, стремление «поймать его»; постоянные апелляции к мнению других людей; отказ от взаимовлияния людей в процессе интервью.

Профилактика ошибок:

- использование имени клиента в ходе интервью;
- принятие профессиональных ограничений;
- освоение профессиональной позиции и этики;
- рефлексия на содержание профессиональной деятельности;
- использование простого четкого языка;
- контроль за соответствием задаче клиента;
- безоценочное общение, владение предметом интервью;
- следование цели интервью – выяснение мнения, проблемы, внутренней картины болезни в логике индивидуальной судьбы человека.

Психолог-консультант не должен строить никаких гипотез о сути проблемы до тех пор, пока достаточно полно не узнает о личности и жизни клиента.

Психологу-консультанту не следует давать клиенту никаких практических рекомендаций до тех пор, пока не будут оценены его индивидуальные поведенческие особенности, и пока достоверно не будет установлена возможность практической реализации клиентом рекомендаций консультанта.

Проводя психологическое консультирование и ставя психологический диагноз клиенту по его проблеме, психолог-консультант не должен рассматривать клиента как объект бесстрастного изучения или как-то пытаться манипулировать или экспериментировать с ним.

Психолог-консультант не должен рассматривать клиента так, как следователь рассматривает своего подследственного, то есть пытаться «нащупать слабые стороны», «переиграть».

В психологическом консультировании, за редким исключением, не должно быть места личным воспоминаниям и собственно исповеди

психолога-консультанта перед клиентом, то есть психолог-консультант и клиент в процессе консультирования не должны меняться ролями.

Психологу-консультанту не следует стремиться понимать клиента по аналогии с собой. Его задача иная – постараться понять клиента изнутри, как своеобразную уникальную личность, отличную от него самого.

Манипуляторы (по Э. Шострому)

Диктатор - преувеличивает свою силу, он доминирует, приказывает, цитирует авторитеты - делает все, чтобы управлять своими жертвами. Разновидности диктатора: Настоятельница, Начальник, Босс.

Тряпка - обычная жертва Диктатора и его прямая противоположность. Тряпка развивает большое мастерство во взаимодействии с Диктатором. Он преувеличивает свою чувствительность. При этом характерные приемы: забывать, не слышать, пассивно молчать. Разновидности Тряпки: Мнительный, Глупый, Хамелеон, Конформист, Смущающийся, Отступающий.

Калькулятор - преувеличение необходимости все и всех контролировать. Он обманывает, уваливает, лжет, старается, с одной стороны, перехитрить, с другой, - перепроверить других. Разновидности: Делец, Аферист, Игрок, Шантажист.

Прилипала - полярная противоположность Калькулятору. Из всех сил преувеличивает свою зависимость. Это личность, которая жаждет быть предметом забот. Позволяет и исподволь заставляет делать за него его работу. Разновидности: Паразит, Нытик, Вечный ребенок, Ипохондрик, Иждивенец, Беспомощный, Человек с девизом «Ах, жизнь не удалась, и поэтому...».

Хулиган - преувеличивает свою агрессивность, жестокость, недоброжелательность. Управляет с помощью угроз разного рода. Разновидности: Оскорбитель, ненавистник, угрожающий, Сварливая Баба («Пила»).

Славный парень - преувеличивает свою любовь, заботливость, внимательность. Он убивает добротой. Разновидности: Угодливый, Добродетельный Моралист, Человек организации.

Судья - преувеличивает свою критичность. Он никому не верит, полон обвинений, негодования, с трудом прощает. Разновидности: Всезнающий, Обвинитель, Обличитель, Собиратель улики, Позорящий, Оценщик, Мститель.

Защитник - противоположность судье. Чрезмерно подчеркивает свою поддержку и снисходительность к ошибке. Он портит всех, сочувствуя сверх всякой меры, и отказывается позволить тем, кого защищает, встать на собственные ноги и вырасти самостоятельным. Вместо того, чтобы заняться собственными делами, он заботится о нуждах других. Разновидности: Наседка с цыплятами, Утешитель, Покровитель, Мученик, Помощник, Самоотверженный.

2.2.8. Особенности психологического консультирования родителей детей в период от рождения до поступления в школу

Посещение консультации родителями младенца – событие исключительное. В результате психолог чаще встречается не столько с проблемой, сколько с ее отсроченными последствиями. На психологическом здоровье младенца сказывается дефицит общения младенца с матерью, что приводит к ситуации депривации; переизбыток общения, что приводит к перевозбуждению и свехстимуляции ребенка. Ребенок находится с матерью в симбиотической связи и становится для нее «эмоциональным костылем», без которого она испытывает чувство пустоты и одиночества; непрерывное возбуждение, избирательно направленное на одну из функциональных сфер: питание или опорожнение кишечника. Тревожная мать заботится о соответствии показателей развития ее ребенка с нормативными показателями; чередование свехстимуляции с пустотой отношений, т.е. структурная неорганизованность, неупорядоченность, прерывность, анархия жизненных ритмов ребенка; формальное общение, лишённое эротизированных проявлений, необходимых для нормального развития ребенка. Такие отношения с ребенком выстраиваются матерью, которая эмоционально не включена в процесс ухода, а строит взаимодействие с ребенком по книгам.

Нарушения взаимодействия ребенка с матерью может привести к формированию таких негативных личностных образований, как тревожная привязанность и недоверие к окружающему миру вместо нормальной привязанности и базового доверия (М. Эйнсворт, Э. Эриксон). О неудовлетворительном выполнении материнской функции говорит возникновение психосоматических нарушений.

Оценивая особенности психического развития ребенка в раннем возрасте (1-3 года), следует остановиться на оценке *социальной ситуации развития* - разрушение ситуации “Мы”, наступлении психологического отделения ребенка от матери. Итогом развития в раннем возрасте может стать формирование автономности, самостоятельности, поэтому матери необходимо отпустить ребенка на то расстояние, на которое нужно отпустить ребенка, и темп, в каком это следует делать, обычно бывает достаточно трудно.

К неблагоприятным типам взаимодействия матери с ребенком можно отнести: а) слишком резкое и быстрое отделение, которое может быть следствием выхода матери на работу, помещения ребенка в ясли, рождения второго ребенка; б) продолжение постоянной опеки над ребенком, которую нередко проявляет тревожная мать.

Отношение к матери амбивалентно, основной формой детской активности становится агрессия, а запрет на агрессивность может привести

к нарушению психического здоровья. Фактором риска можно считать излишнее строгое и быстрое приучение к опрятности маленького ребенка.

Для становления автономности ребенка Г.Фигдор отразил роль отца в этом возрасте. Отец должен быть физически и эмоционально доступен ребенку, поскольку: а) подает ребенку пример отношений с матерью – отношений между автономными субъектами; б) выступает прообразом внешнего мира, т.е. освобождение от матери становится не уходом в никуда, а уходом к кому-то; в) является менее конфликтным объектом, чем мать, и становится источником защиты. Неправильные отношения с отцом неблагоприятно сказываются на формировании автономности и самостоятельности ребенка.

У ребенка могут возникнуть трудности с проблемой выражения гнева; одни выражают гнев открыто: дерутся, плюются, ругаются, другие – вытесняют гнев, что выражается в страхе перед взрослым, в депрессивных проявлениях, в стремлении предстать перед взрослыми в роли примерного ребенка. Вытеснение гнева приводит к сильной неуверенности, несамостоятельности.

Ведущим видом деятельности в данном возрасте становится предметно-манипулятивная деятельность. Спецификой *личностных новообразований* является интенсивное развитие психических функций, появление зачатков самосознания, первичная самооценка, волевое управление поведением, появление мотивов сотрудничества, личного действия, системы «Я сам», развитие предметной деятельности, активизация общения, пассивной (импрессивной) и активной (экспрессивной) речи.

Известно, что кризис 3-х лет выражается в семизвездии симптомов: негативизме, упрямстве, строптивости, своеволии, обесценивании взрослого, протесте-бунте, деспотичности, выделении своего «Я».

Наиболее часто тревожит родителей детей раннего возраста запаздывание появления активной речи, которая в норме появляется к 2-3 годам как средство ситуативного общения со взрослым. Обеспокоенность родителей часто обусловлена сравнением развития экспрессивной речи своего ребенка с соседскими детьми не в свою пользу и драматизацией данной ситуацией. Усиленный прессинг имеет противоположный эффект: ребенок начинает пугаться требования родителей повторять какие-либо слова, негативных эмоций родителей по этому поводу и начинает избегать самой ситуации общения. Психологическая помощь особенно эффективна там, где отставание в речевом развитии ребенка вызвано особыми условиями общения с ним, сложившимися в семье. Недостаточная эффективность общения может быть вызвана:

- занятостью, усталостью родителей; удобство родителей, их спокойствие становятся фактором, ограничивающим речевое развитие ребенка;
- ответом на «чрезмерную» активность и инициативность взрослого, которая не оставляет места инициативе ребенка; если вопросы

родителей к ребенку содержат ответ, ребенку достаточно кивнуть, малышу нет необходимости обращаться к взрослым с просьбой, то активная речь становится ненужной;

- преобладанием эмоционального взаимодействия в семье, что не требует речевого контакта;

- отсутствием сотрудничества в решении задач продуктивной деятельности.

Решение проблемы речевого развития ребенка в младенчестве требует от консультанта анализа семейной ситуации с точки зрения организации взрослым достаточного уровня общения и сотрудничества с ребенком и специфики их взаимодействия.

Иногда психологу приходится иметь дело с более серьезными проблемами речевого развития, которые являются следствием органического дефекта или имеют психогенную природу. В этом случае необходимо привлечение в консультацию логопедов, психоневрологов, дефектологов.

Консультирование по вопросам развития двигательной активности, предметно-манипулятивной деятельности значимо не только в плане формирования двигательных навыков, но и в целях общего психического развития деятельности. Освоение ребенком человеческой культурой требует обязательного участия взрослых, так как предметом интереса ребенка могут быть «совершенно неподходящие для него вещи». Вполне естественное желание взрослых ограничить детскую инициативу встречает бурный протест, который может стать поводом обращения в консультацию. Родителей беспокоит, что следует разрешать ребенку, что запрещать и как вести себя в тех случаях, когда ребенок продолжает активно отстаивать свои требования. Надо помнить, что малыш, овладевая предметным миром, осваивает новые способы действия, становится более ловким, умелым, учится соотносить предметы, запоминать, сравнивать, получает возможность ощутить себя субъектом действия. Ограничение познавательной деятельности (отсутствие доступа к интересующим предметам) препятствует развитию ребенка. Открытый доступ к вещи имеет смысл в присутствии взрослого (пояснение назначения предметов, безопасность, управление процессом познания). Снятие ограничений приводит к новым проблемным ситуациям. Свобода выбора, необходимость самостоятельного принятия действий не по плечу ребенку в раннем детстве и является для него серьезным испытанием, поэтому на это ребенок отвечает протестом и плачем. Приучение к опрятности связано с зарождением саморегуляции, самооценки, самостоятельности. В ответ можно встретиться с протестными реакциями ребенка и с формированием у него пассивного, зависимого поведения. Взрослый выступает в качестве образца, раскрывая назначение предметов и способов их использования. Подражая взрослому, малыш начинает пользоваться посудой, мебелью, одеждой.

Необходимым условием успешного достижения автономии ребенка является уверенность в доброжелательности и безопасности окружающего мира.

При наличии припадков, снохождения, ночного недержания мочи, при обнаружении страхов, семизвездия симптомов кризиса в поведении ребенок направляется к специалистам-врачам, а при обнаружении страхов, семизвездия симптомов кризиса в поведении - к психокорректору.

Психолог-консультант дает рекомендации по необходимости пребывания в детском коллективе и организации соответствующих возрасту игр и любимых занятий. Психолог включается в решение проблем трехлетнего возрастного кризиса и связанного с ним ухудшения отношений со взрослыми, братьями и сестрами, выясняет причины повышенной активности или аномальной пассивности детей трехлетнего возраста и пути их устранения.

Особенности психического развития ребенка в дошкольном детстве (от 3 до 6-7 лет) многогранны. Факторами риска является не только взаимодействие ребенка с отцом или матерью, но и семейной системой в целом. Самым существенным фактором риска является позиция родителей «Ребенок – кумир семьи», когда удовлетворение потребностей ребенка превалирует над потребностями других членов семьи, что приводит к снижению эмоциональной децентрации – способности ребенка воспринимать и учитывать в своем поведении состояния, желания и интересы других людей. Ребенок с несформированной эмоциональной децентрацией видит мир с позиции собственных интересов и желаний, не умеет общаться со сверстниками, понимать требования взрослых, что препятствует последующей адаптации к школе.

Фактором риска является отсутствие одного из родителей и конфликтные отношения в семье, которые часто приводят к развитию невротических симптомов: энуреза, истерических приступов страха, фобий, изменению в поведении (сильно выраженной общей готовности к реагированию, боязливости, робости, склонности к депрессивным состояниям, недостаточной способности к фантазированию), возможно нарушение половой идентификации.

Родительское программирование, нацеленное на усвоение детьми нравственной культуры – предпосылок духовности, может служить фактором риска, так как часто формирует «приспосабливающегося ребенка» (Э. Берн), который функционирует за счет снижения своих способностей чувствовать, проявлять любознательность к миру, а в худшем – за счет проживания не своей жизни. Аналогичный результат «достигается» при воспитании по типу «доминирующей гиперпротекции» (Э.Г. Эйдемиллер), когда семья, уделяя слишком много внимания ребенку, лишает его самостоятельности. У такого удобного для родителей и других взрослых ребенка отсутствует важнейшее новообразование дошкольного возраста – инициативность. Такие дети демонстрируют повышенную тревожность, неуверенность в себе, иногда выраженные страхи.

Иногда негативное воздействие на ребенка оказывает и дошкольное учреждение, например, игнорирование направленного воспитательнице обращения ребенка может привести к неудовлетворенности потребности в безопасности, развитию тревожности, психосоматизации ребенка. В случае конфликтных отношений со сверстниками у ребенка может проявиться внутренний конфликт, который тормозит формирование личности, создает эмоциональный дискомфорт.

Социальная ситуация развития – познавательное общение со взрослым, прежде всего, с членами семьи в личной форме с позиции ученика (обсуждение со взрослым своего поведения, поступков и действий окружающих с точки зрения нравственных норм) в целом способствует формированию личности ребенка. Расширяются его знакомства с окружающей действительностью. Становится разнообразным взаимодействие со сверстниками в игровой ситуации.

Ведущий вид деятельности в этот период - сюжетно-ролевая игра. Личностные новообразования – внутренняя позиция, соподчинение мотивов, усвоение социального опыта, развитие познавательных способностей, овладение системой разнообразных навыков и умений, осознание собственного «Я», интерес к миру взрослых.

Кризис дошкольного возраста связан с потерей детской непосредственности, обобщением переживаний, дифференциацией самооценки, нарушением регламентирующих ситуацию правил, самостоятельности в домашних условиях.

Причины обращения родителей дошкольников в психологическую консультацию: жалобы на непослушание и упрямство (особенно в период возрастного кризиса), неорганизованность поведения, медлительность, робость, неусидчивость, лень, «беззастенчивость», «лживость» (за которую нередко принимают так называемую псевдоложь, т.е. детское фантазирование), слабоволие (непроизвольность поведения). Это вызывает эмоциональную напряженность отношений и взаимное раздражение. Причины обращений – незнание или игнорирование родителями возрастных норм и необходимых условий развития, завышенные требования к детям. Современные дети очень страдают из-за дефицита совместной деятельности и общения с родителями, особенно таких форм общения, как внеситуативно-познавательное и личностное. Данная ситуация провоцирует у дошкольников разные проявления бессознательного протеста, которые интерпретируются родителями как проявления «дурного характера». Необоснованно завышенные с точки зрения возрастных возможностей дошкольников требования к произвольному управлению и контролю за поведением и даже психическими процессами со стороны родителей могут послужить причинами обращения в консультацию. Некоторые причины обращения в консультацию связаны с различными личностными проблемами самих родителей, что свидетельствует о низкой чувствительности к потребностям ребенка, о его эмоциональном неприятии, неадекватных жалобах на своих

детей, спровоцированных проекцией нереализованных собственных желаний или склонностью к авторитарности, эгоцентризму, о лишенном гибкости поведении. Некоторые родители, недостаточно зрелые для этой роли, тяготятся заботой о ребенке, загружены собственными делами и проблемами, их жалобы свидетельствуют о недостаточной детско-родительской компетентности. Дисгармоничные отношения между родителями и детьми могут быть следствием несовпадения темперамента или характерологического склада у дошкольников и их родителей, излишней тревогой из-за увлеченности ребенком игрой или фантазированием.

Острой точкой взаимоотношений может стать проявление самостоятельности и инициативы детьми-дошкольниками, что расценивается родителями как своеволие и желание делать все «по-своему».

Одной из проблем являются «непопулярные дети», то есть дети, затрудняющиеся в налаживании взаимоотношений со сверстниками по разным причинам:

- дети из неблагополучных семей с остро неблагоприятной семейной ситуацией;
- дети с высоким уровнем агрессивности и низким уровнем самоконтроля;
- дети, склонные к конфликтам и аффективным вспышкам;
- дети с доминированием потребности в признании в сочетании с высокой активностью в общении и малой способностью удовлетворять коммуникативные потребности своих партнеров по игре и совместной деятельности;
- дети, не посещавшие дошкольные образовательные учреждения и в период сензитивного развития коммуникативных умений у дошкольников общающиеся преимущественно со взрослыми.

Родителей консультируют по вопросам освоения детьми коммуникативных навыков, снижения детской тревожности за счет оптимизации внутрисемейных взаимоотношений и создания у детей ситуации успеха.

Родителей консультируют и по вопросам раннего формирования характера и наметившихся акцентуаций характера (явных или скрытых) и предотвращения в связи с этим социальной дезадаптации; способам разрешения конфликта во взаимоотношениях между детьми в одной семье.

В последнее десятилетие наблюдается рост обращений к психологам-консультантам по поводу психического развития детей, имеющих органические и функциональные нарушения нервной системы разной степени выраженности (минимальная мозговая дисфункция, церебрастения, компенсированная гидроцефалия, остаточные симптомы родовых травм, ранних инфекционных болезней, а также психосоматические заболевания), диагностированные детскими врачами.

Среди детей, готовящихся к поступлению в школу, группа риска по отношению к школьной дезадаптации и неуспеваемости в детских садах составила 21,3%, а в детском доме – 53,1%. В детском возрасте могут иметь место последствия компенсированной гидроцефалии, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (от 24 до 40% дошкольников). Таких детей в школе нередко ждут неуспеваемость, конфликтные отношения с учителями и одноклассниками, появление лживости, изворотливости и агрессивности как неадекватных форм психологической защиты в субъективно неразрешимых ситуациях. Такой прогноз требует комплексного усилия специалистов и длительной мобилизации усилий со стороны родителей, которым выпала нелегкая задача воспитания таких детей.

Интенсивность психического процесса значительно снижается, если дошкольник страдает тяжелым хроническим соматическим заболеванием (гепатитом, пороком сердца, сахарным диабетом и др.). Могут нарушиться общение со сверстниками, детско-родительские отношения, как в сторону гиперопеки, так и эмоционального напряжения.

Отказ от переучивания леворуких школьников в 1986 году привел к тому, что в российских школах их количество увеличилось в последнее время с 3-4% до 10-11%. При среднем уровне интеллектуального развития леворукие дети показывают выраженные трудности в сфере пространственных представлений, преобладание игрового поведения, острое переживание своей неспособности соответствовать требованиям взрослых. Психолог-консультант должен сформировать у родителей адекватное представление об особенностях ребенка и дать рекомендации по взаимодействию с данными детьми.

С точки зрения А.В. Запорожца, готовность к обучению в школе представляет целостную систему взаимосвязанных качеств детской личности, включая особенности ее мотивации, уровня развития познавательной, аналитико-синтетической деятельности, степень сформированности механизмов волевой регуляции действий. Психологи занимаются использованием диагностических процедур психологической готовности к школьному обучению Л.А. Вегнера, А.Л. Венгера, Н.И. Гуткиной, М.Н. Костиковой, Е.Е. Кравцовой. В консультировании по поводу готовности детей к школьному обучению различают три типа работы психолога-консультанта.

I тип вопросов. Психолог сталкивается с проблемой, проведя исследование по нескольким аспектам неготовности к школе: диагностика проводится по специальным комплексам психологического инструментария и требует ознакомления педагогического коллектива с результатами труда.

II тип. Проблема выбора образовательного учреждения, проверка наличия необходимого комплекса предпосылок для безболезненного и успешного вхождения в учебную деятельность.

В настоящее время уже в ДОУ проводится консультирование родителей по вопросам психологической подготовки детей к обучению в школе. Отмечается значимость учета индивидуального своеобразия личности родителей в практике консультирования. Значимую роль играет консультирование по вопросам раннего выявления и развития способностей детей.

2.2.9. Особенности психологического консультирования младших школьников и их родителей

Младший школьный возраст – это период от 6-7 до 10-11 лет. Особенности психического развития ребенка в младшем школьном возрасте заключаются в том, что у этого возраста как периода онтогенеза фактически выделяются два возрастных отрезка: кризис семи лет – критический возраст (по Л.С. Выготскому) и собственно младший школьный возраст (литический возраст, по Л.С. Выготскому). Социальная ситуация развития такова: младший школьник становится «общественным субъектом», приобретает социально значимые обязанности, имеет общественную оценку. У младшего школьника формируется социальная позиция школьника, а его доминирующим социальным окружением становятся одноклассники и первый учитель.

Особое значение в жизни ребенка имеет изменение ведущего вида деятельности: переход от учебно-игровой деятельности к систематическому школьному обучению приводит к тому, что ведущим видом становится учебная деятельность.

К личностным новообразованиям в этот период относятся качественно новый уровень развития произвольной регуляции поведения и деятельности; появление рефлексии, склонности к анализу, формирование внутреннего плана действий; развитие нового познавательного отношения к действительности; ориентацию на группу сверстников, развитие общественной направленности и познавательного отношения к действительности; складывание характера, ориентацию на ученический коллектив. Младший школьник переживает второй физиологический криз (бурный рост тела, увеличение внутренних органов, вегетативную перестройку).

Знаменательно превращение младшего школьника в активного субъекта, познающего окружающий мир и самого себя, приобретающего собственный опыт. В этот период происходит расширение и углубление знаний, умений и навыков; проявляются общие и специальные способности, формируется мотивация достижения успехов в учебной, трудовой, игровой деятельности, усиливается роль мотивов признания и одобрения со стороны значимых взрослых; поддержания социального престижа среди сверстников. У младших школьников появляется смысловая ориентировочная основа поступка, исключаящая

импульсивность и непосредственность взаимодействия с окружающим миром, возрастает удельный вес опосредованного и произвольного поведения; появляются обобщенные переживания, осознается свое место в системе человеческих отношений.

Кризис младшего школьного возраста по праву называют периодом рождения «социального Я». И хотя к началу школьного возраста как к никакому другому возрастному периоду родители (и общество в целом) специально готовят ребенка, наиболее полно стараясь «отследить» динамику смены его социальной позиции и социальной ситуации развития в целом и даже управлять ею, указанные трудности порой достигают такой остроты, что встает вопрос о необходимости психологического консультирования. Причиной обращения к консультанту могут быть случаи:

- резко выраженной (чаще парциальной) неготовности ребенка к обучению в школе; это бывает, как правило, у детей, никогда не посещавших дошкольные детские учреждения (трудности контакта с коллективом детей, «режимные» трудности);

- трудности, связанные с тем, что родители не успели подготовиться к своим новым обязанностям и новым правам ребенка как ученика, например, в многодетных семьях, где уже есть дети-школьники, родители не подготовили рабочее место для занятий первоклассника, и у ребенка возникают трудности во взаимодействии с братьями или сестрами;

- у ребенка сформировано негативное отношение к школе, и он боится вступать в новую социальную роль.

В определенном смысле слова в качестве критерия окончания кризиса семи лет называют переход к учебной деятельности. В этот момент, когда на место проблем, связанных с фактом подготовки и поступления в школу, приходят проблемы, связанные с собственно особенностями обучения в школе как новой деятельности, говорят о конце критического периода и начале литического периода. К таким проблемам относятся:

- трудности, связанные с новым режимом дня; наиболее значимы они для детей, не посещавших детские дошкольные учреждения; и дело не в том, что таким детям трудно начать вовремя вставать, чтобы идти в школу, а в том, что у них чаще наблюдается отставание в развитии уровня произвольной регуляции поведения, организованности;

- трудности адаптации ребенка к классному коллективу; и в этом случае они наиболее выражены у детей, не имевших достаточного опыта пребывания в детских коллективах;

- трудности, локализующиеся в области взаимоотношений ребенка с учителем;

- трудности, обусловленные изменением домашней ситуации.

Все эти трудности связаны с постепенным вхождением младшего школьника в новую ситуацию развития.

Наиболее проблемным моментом в младшем школьном возрасте является появление у ряда школьников психогенной школьной дезадаптации (ПШД), которая определяется как психогенное заболевание и психогенное формирование личности ребенка, нарушающее его субъективный и объективный статус в семье и затрудняющее учебно-воспитательный процесс. Поведенческие проявления ПШД – затруднения в учебе вплоть до стойкой неуспеваемости, нарушения взаимоотношений со сверстниками и учителем (например, описанный Л.С. Славиной «смысловый барьер»), нарушения дисциплины, отказы ходить в школу или угрозы сделать это. Данные проявления ПШД часто считают «нормальной», хотя и отрицательной характеристикой младшего школьного возраста. Сфера проявления ПШД – пространственно-временные отношения, личностно-смысловые характеристики деятельности и общения ребенка. Четыре основные точки зрения на ПШД таковы.

1. Психотравмирующим фактором для младшего школьника становится сам процесс обучения, как бы хорошо он не был организован. Вызванные им нарушения называют дидактогенными. Данная точка зрения считается неверной в силу недостаточного учета индивидуальных особенностей детей, включающихся в учебную деятельность.

2. Существует своеобразная «конвергенция» дидактогений и конституциональной (индивидуальной) уязвимости организма ребенка и его центральной нервной системы. Речь идет об изначально «больном» ребенке, дезадаптация которого обусловлена мозговым повреждением или отягощенной наследственностью. Данный взгляд снимает ответственность с семьи и школы за процесс адаптации, возлагая ее на других специалистов (врачей, дефектологов, психологов).

3. ПШД связывают с дидактогенными, т.е. вариантами последствия неправильного отношения учителя к ученику, неправильной организацией учебного процесса и учебной деятельности (например, авторитарное педагогическое руководство). Неправоммерно сводить ПШД только к роли учителя, ведь компенсационные и психозащитные возможности детей очень велики и во многом зависят от внешкольных влияний и прежде всего от семьи.

4. Семейный климат, стиль родительского поведения считается рядом психологов едва ли не главной и единственной причиной возникновения ПШД или некоторых ее форм.

А.Л. Венгер, Е.В. Новикова, обобщая опыт возрастнопсихологического консультирования, считают, что необходимо учесть все описанные факторы и определять их влияние в системном единстве. Причиной возникновения ПШД являются не сами по себе промахи в учебной деятельности младшеклассников, а их переживания по этому поводу.

Причины обращения родителей младших школьников за помощью к психологу.

1. Несформированность элементов и навыков учебной деятельности (запрос: «низкая успеваемость»), причинами которой могут быть индивидуальные особенности уровня интеллектуального развития ребенка, педагогическая запущенность, невнимательное отношение к овладению детьми приемами учебной деятельности.

2. Несформированность у младших школьников мотивации учения (запрос: «нет интереса к учебе, ему бы играть и играть, начал ходить в школу с интересом, а теперь...»). Внешние проявления несформированности учебной первичной или вторичной мотивации (разрушившейся под влиянием неблагоприятных факторов) может быть невнимательность, безответственность, отставание в учебе, недисциплинированность на фоне достаточно высокого уровня познавательных способностей.

3. Неспособность произвольной регуляции поведения, внимания, учебной деятельности, проявляющиеся в неорганизованности, невнимательности, зависимости ребенка от взрослых, ведомости. Причины при отсутствии первичных нарушений могут лежать либо в потворствующей гипопротекции (вседозволенности, отсутствии ограничений и норм), либо в доминирующей гиперпротекции (полном контроле за действиями ребенка со стороны взрослого).

4. Неумение приспособиться к темпу школьной жизни. Чаще всего это бывает у детей с минимальной мозговой дисфункцией, у соматически ослабленных детей. Причина может лежать в особенностях семейного воспитания, в «тепличных» условиях жизни ребенка. Причины: длительное приготовление уроков в ущерб прогулкам, хронические опоздания в школу, утомление к концу учебного дня и к концу недели.

5. Проблемы, не сводимые к учебной деятельности, например, объективные и субъективные причины неудач во взаимодействии со сверстниками, эмоционально-волевые проблемы ребенка, «нестандартность», проявляющаяся как в одаренности, так и в задержке развития, вербализм, тревожность, демонстративность, «уход от реальности» в мир фантазий как негативные возрастные особенности.

В практике родители излагают жалобу-запрос в следующих терминах.

1. Плохая успеваемость по всем предметам, плохо с чтением или математикой, плохая память, невнимательность, рассеянность, неорганизованность, плохо по письменным, хорошо – по устным, боится отвечать на уроках, хотя знает; неуверенность в себе, срывы на контрольных; готовит уроки до позднего вечера; занижена самооценка; отсутствует желание учиться; ничего не интересуется; пассивное отношение к школе; неверие в себя; разочарование; побеги из школы; не доходит до школы.

2. Случаи вокруг тревожащих родителей индивидуально-личностных особенностей ребенка: медлительный, инертный, неорганизованный; быстро утомляется; упрямый, неуправляемый; некоммуникабельный; эгоист, драчлив, взрывной, агрессивный, озлобленный, жестокий; страхи оставаться одному дома, спать в отдельной комнате; боязнь каждый день опоздать в школу; вранье, конфликтность, плаксивость, излишняя женственность у сына.

3. Случаи, группирующиеся вокруг особенностей межличностных отношений со сверстниками и взрослыми: необщительный, замкнутый, нет друзей; задрали в школе, бьют в классе; не умеет вести себя со взрослыми; «ребенка не понимает учитель», учитель предвзято относится к ребенку, учитель «развалил» класс; сын дерется с братьями, плохие отношения между братьями и сестрами; не ходит гулять, так как ни с кем не дружит; «не понимаю своего ребенка, боюсь потерять сына»; «мы слишком замыкаемся друг на друге», что делать, чтобы не навредить ребенку и т.д.

4. Обращение в консультацию, когда жалоб нет. Просят определить уровень посильной нагрузки, оценить общие способности ребенка, дать совет, увлечь ребенка внешкольными поручениями, проверить, все ли соответствует возрасту.

Родители мальчиков обращаются в консультацию в два раза чаще, чем родители девочек.

Психолог отмечает основные причины неудачного начала обучения в школе, показывает пути решения этих проблем, дает практические рекомендации по выявлению и устранению этих причин, консультирует родителей по проблемам школьной дезадаптации, дозировки помощи в подготовке домашних заданий, по вопросам «нестандартных» детей, предлагает возможные пути взаимодействия с одаренными детьми, детьми с задержкой психического развития.

Психолог проводит консультирование младших школьников по проблемам подготовки домашних заданий, развитию внимания и памяти, налаживанию взаимоотношений с одноклассниками и учителями, выбору любимых занятий по интересам.

Психологическое консультирование младших школьников и их родителей проходит на основе разных методологических подходов. Одним из наиболее плодотворных подходов является формирование психологического здоровья детей (концепция И.В. Дубровиной) в психологическом консультировании. Принципиальная особенность этого подхода – отсутствие жалоб. Как отмечает О.В. Хухлаева (2001), в программу любого психологического консультирования младших школьников и их родителей входит:

- диагностика, направленная на определение уровня психологического здоровья детей;
- согласие родителей на индивидуальную коррекционную работу с их детьми;

- заручиться активной поддержкой родителей в процессе психологического консультирования по результатам диагностики младших школьников.

Особенность консультирования в рамках формирования психологического здоровья – кратковременность консультирования. Это предъявляет особые требования ко всем *этапам консультирования* деятельности:

- ❖ диагностической беседе;
- ❖ жалобам и запросам родителей;
- ❖ выработке гипотезы;
- ❖ интерпретации проблемы;
- ❖ реориентации – поиску новых способов действий.

Первым этапом консультирования в рамках концепции формирования психологического здоровья детей становится ***сообщение о проблеме ребенка***; задачей этого этапа является побуждение родителей к формулированию жалоб, а затем и запроса. Сложность данного этапа заключается:

- а) в преодолении страха самораскрытия родителей;
- б) в необходимости учитывать установку родителей, сложившуюся у них в отношении к школе в период, предшествующий проведению консультации;

Наиболее оптимальным является в сообщении консультанта краткое описание трудностей ребенка и «заброска» в будущее – яркое описание вытекающих из этих трудностей проблем ребенка в более старшем возрасте, способных помешать ему быть успешным, здоровым и счастливым, то есть угрожающих его самореализации и здоровью.

Второй этап консультирования предполагает ***рассмотрение жалоб родителей***, инициируемых сообщением консультанта, как с точки зрения ее локуса, так и с позиций ее содержания.

Третий этап – ***первичная гипотеза о содержании внутреннего конфликта ребенка, зоне конфликта*** и способе его поведения в конфликте - формируется до встречи с родителями, а в процессе диагностической беседы происходит ее уточнение. При этом основными приемами консультирования являются:

- просьбы уточнения, например, «Очень хочется понять, поясните...», «много материала, помогите разобраться...»;
- использование средств, направленных на установление обратной связи, например, неоконченных предложений типа: «И это страх того, что...»;
- использование предполагающих вопросов, например: «А может быть так, что...».

Для обеспечения эмоционального комфорта родителей детей младшего школьного возраста часть вопросов формулируется в косвенной форме:

- в форме вставленных вопросов, например: «Я очень интересуюсь тем, что Вы...»;

- в форме вежливых команд, например: «Могли бы Вы рассказать о...».

Чтобы избежать неверного толкования консультантом чувств клиента, используется перефразирование мыслей и чувств родителей, например: «Если я Вас правильно понял, то...». Важным для обеспечения быстродействия консультации является резюмирование – подытоживание мыслей, выраженных родителями: например: «Вас больше всего беспокоит, как я понял...».

Консультанту необходимо обращать внимание на психологические защиты родителей, проявляющиеся в процессе консультирования. Чаще всего это защиты по типу проекции или слияния. Проекция – это стремление сделать среду ответственной за то, что исходит от самого человека. В этом случае родители приписывают ребенку собственные вытесненные страхи, желания, суждения. Слияние – это отсутствие границы между человеком и средой, в частности, между родителем и ребенком. Такой родитель склонен к употреблению местоимения «мы», например: «Мы выучили уроки». В диагностической беседе у него появляются темы страхов, тревоги, либо упоминание о тех или иных психосоматических симптомах ребенка.

В процессе консультирования можно встречаться также с механизмом дефлексии или интеллектуализации, который внешне выглядит как «разговор ни о чем». Родитель проявляет большой интерес к внутреннему миру ребенка, с удовольствием анализируют мельчайшие проявления детской души. Однако реально ребенок обращает на себя внимание беззащитностью, ранимостью, стремлением к поддержке, теплу и вниманию от любого взрослого, поскольку его собственные родители эмоционально холодны. Соответственно недостаточно удовлетворенной остается важнейшая потребность в любви и принятии.

Существенной особенностью в школьном консультировании обладают также **интерпретация проблем родителю и реориентация** – выработка способов решения проблемы. Наиболее сложным для начинающего консультанта является этап интерпретации. Сложность заключается в необходимости умелого сообщения родителю о проблеме ребенка так, чтобы он ее услышал. «Услышать проблему» - значит принять ее, согласиться с ней, а не отвергнуть и проблему, и самого консультанта. Необходимо при этом реализовать индивидуальный, личностно ориентированный подход к родителю, например, решить адекватно, какую часть проблемы и в какой словесной форме следует изложить данному конкретному клиенту здесь и сейчас. Если родитель услышал консультанта, то встает вопрос и о причинах существующей проблемы. Здесь можно предложить клиенту веер «обычно существующих причин» такой проблемы и попросить его самого попробовать определить причину. Если клиент не видит всех причин возникновения проблемы, не стоит

форсировать этот процесс на данной консультации, надо согласиться с клиентом, а в следующий раз вернуться к этому моменту консультирования. **Этап реориентации** – это тонкий момент в работе консультанта. Иногда, чтобы подвести родителей к необходимости самоизменений, достаточно убедительно рассказать им о результатах наблюдения К. Юнга о слитности психики ребенка с условиями среды, в особенности с психикой родителей. Поэтому, по мнению К. Юнга, нервно-психические нарушения у детей вплоть до среднего школьного возраста основаны на нарушениях психической сферы родителей. Очень сильно отражаются на ребенке трудности, обусловленные проблемным взаимодействием с родителями. Даже содержание сновидений ребенка больше относится к родителям, чем к самому ребенку. Наиболее сложной является ситуация, когда мама (папа) не работает и стремится ущемленное честолюбие компенсировать за счет ребенка. Младший школьник обязан иметь успех, чтобы оправдать ожидания родителей, он вынужден жить, руководствуясь не своими собственными желаниями и возможностями, а устремлениями родителей. Аналогичной является ситуация, когда родители достигли высокого статуса и принимают только «успешного» ребенка. В беседе с родителями, ориентированными на обязательный успех ребенка, приходится проявлять изобретательность, объясняя, что для успеха в будущем нужны не только школьные знания, но и личностные качества: целеустремленность, уверенность в себе. Затем надо перейти к напоминанию о выявленной в исследовании неуверенности и повышенной тревожности.

В целом, следует отметить, что и консультирование родителей, и работа с самим младшим школьником направлены на инициирование у них собственной активности, стремления к самосовершенствованию, являющихся основной составляющей понятия «психологическое здоровье» (в отличие от понятия: «психическое здоровье», содержанием которого является нормальное психическое развитие, отсутствие патологий, симптомов, мешающих адаптации человека в обществе) (Б.С. Братусь, И.В. Дубровина, В.И. Слободчиков, О.В. Хухлаева, О.Н. Усанова).

Типы родителей в консультировании.

«Игнорирующий родитель» - формальный характер исповеди. Преобладает биографическая жанровая форма, автор не видит или не хочет видеть своей проблемы, не может сориентироваться в жизненной коллизии, тщательно маскируется за сухим положением фактов из жизни, причиной чего может быть недоверие к психологу или установка: «Я к тебе пришел – ты должен во всем сам разобраться и помочь, если ты специалист».

Основной лейтмотив поведения **«агрессивного родителя»** следующий: «У меня неудачный брак, мне не повезло в жизни, у меня отвратительный муж, у меня непослушный ребенок, на работе я зверски устаю, в мире не понятно, что творится и т.д.». Единственной компенсацией всех «не» является агрессия по отношению к окружающим,

и даже к себе. Приход в консультацию может быть продиктован усталостью от этих «не», попыткой как-то разрешить проблемы общения с близкими, загнанными подопечным в порочный круг агрессии, однако истинная причина проблемы не осознается. Преобладающим для родителей является жанр «жизнеописания», не исключается уход от темы, а главным действующим лицом нередко становится сам автор, призывающий к наказанию окружающих, виновных во всех жизненных перипетиях подопечного.

«Обиженный» родитель в качестве повествования выбирает жалобную песню о судьбе-горемыке, которая приготовила серьезные испытания: «Несчастья подстерегают на каждом шагу, домашние постоянно обижают, на работе – «козел отпущения», дома – ребенок как «вождь краснокожих». Подопечный приходит за помощью к психологу, однако не может актуализировать свою проблему, поведение отличается подозрительностью и мнительностью, рефлексивное начало отсутствует. Отношение к заданию – положительное, психолог – единственная надежда, его возможности преувеличиваются. Сочинение откровенно, однако повествование вращается вокруг обиженной персоны.

«Наивный» родитель чаще всего не может обозначить и актуализировать свою проблему. У него есть определенная версия истории своей жизни, а смысла истории как таковой подопечный не видит, не осознает, не выделяет, поэтому не видит смысла в изложении своей проблемы. Эмоционально пересказывает основные события жизни ребенка и близких людей. Автор пытается оценить деятельность главных героев, высвечивая либо негативное отношение к ребенку, либо некую свою неопределенность, неуверенность, а истинные причины конфликта и пути выхода из сложившейся ситуации остаются за пределами его внимания. Родитель зачастую не оценивает свою позицию и не анализирует отношение окружающих к нему как к родителю. В силу слабой ориентировки в проблеме рефлексивное движение и самодиагноз отсутствуют. Родитель пришел за советом, за реальной помощью с надеждой на психолога, который даст конкретный совет, поможет разобраться в ситуации, которую подопечный не в состоянии даже обозначить. При этом могут переоцениваться возможности психологического консультирования.

Образ «пластилинового» родителя в некотором смысле подобен образу наивного родителя. Родитель податлив, как пластилин, все, что говорит психолог, принимает на веру. Задание выполняет самоотверженно, сочинения тщательно и аккуратно пишет, как правило, в форме жизнеописания с элементами исповеди. В сочинении явно прослеживается неустойчивость собственной позиции, неуверенность в своих действиях по отношению к окружающим. Автор преувеличивает возможности психологии, психолог отождествляется им с волшебником, который одним взмахом руки может все изменить, с врачом, предписаниям которого необходимо четко следовать, дабы не навредить своему здоровью.

Ориентировки в проблеме нет, все отдается на откуп специалисту. Основная задача психолога в данном случае - сформировать у подопечного свою собственную позицию, свое отношение к предполагаемой, но не «осязаемой» проблеме.

«Морализирующий» родитель приходит на консультацию, как правило, для подтверждения своей правоты, для получения признания своей системы воспитания, одобрения своей родительской позиции. Основная установка: *«Я все знаю, я все понимаю, потому и пришел»*. Сочинение пишет с большим удовольствием, однако в нем часто уходит от темы в сторону материально-бытовых личных проблем, проблем второстепенных героев. Вину перекладывает на чужие плечи, отстаивая свою позицию. Соответственно основная интрига разворачивается вокруг положительного героя (сам родитель) и отрицательных (ребенок, муж, бабушка, дедушка, обстоятельства). Сочинения такого типа, как правило, эмоциональны и пишутся преимущественно в жанре «моралите».

«Позирующий» родитель с особым желанием приступает к выполнению задания. Сочинения таких родителей отличает некий нарциссический оттенок, поводом для размышления является ребенок. Азартность и новизна повествования в том, что они способны в ходе самого сочинения поставить родительскую рефлексию на первое место. Можно увидеть, как постепенно эта рефлексия «выжимает» насущный объект повествования, замещая собой описание реальной ситуации воспитания, взамен предлагая идеальную конструктивную воспитательную модель. Само по себе такое явление невозможно охарактеризовать как положительное или отрицательное, это особый этап в развитии рефлексии родителя, пытающегося анализировать свои педагогические возможности. К аналогичной группе особенностей можно отнести резонерство (циклическое возвращение к одной и той же теме), доминирование газетной стилистики (обилие вводных слов и предложений, например: *вместе с тем; желательнo отметить; к вышеизложенному хотелось бы добавить; думаю, что важным обстоятельством, имеющим прямое отношение к нашей проблеме, выступает* и т.д.).

«Рефлексирующий» родитель крайне заинтересован в разрешении своей проблемы, адекватно воспринимает себя как родителя. В сочинении пытается понять причину произошедшего и найти пути выхода из сложившейся ситуации. Как правило, сочинение по жанру представляет собой исповедь. Сюжетная линия порой нарушена, поскольку описание важных событий главного героя перемежается с исповедальными отступлениями, откровенными размышлениями, подробными рассуждениями о причинах конфликта. Последний осознается сразу же или по ходу сочинения (тогда мы можем говорить о динамике родительской позиции). Сочинения либо крайне эмоциональны (что и соответствует исповедальному характеру), либо отличаются «железной» логикой рассуждения (*«Я виноват — карайте меня!»*). Рефлексия может быть

многослойной, сгущающейся по определенным направлениям повествования.

Итак, сочинение является ближайшей проекцией родительского опыта подопечного как в силу особой задачи изложения своего образа и мыслей, так и в силу используемых языковых средств. Родитель далеко не всегда бывает тождествен своему сочинению. Однако сочинение является фиксацией значимой личностной позиции родителя, главной формой материализации, первичного осмысления проблемы.

Кроме сочинений (на тему «Мой ребенок – первоклассник», «Я – родитель первоклассника»), более полную историю развития ребенка можно представить с помощью первичного анкетирования, ОРО, беседы с родителем. В беседе с родителем первоклассника уместны такие вопросы, которые позволяют получить информацию о следующих моментах:

- насколько полное представление они имеют об особенностях психического развития младшего школьника;
- осуществлялась ли родителями специальная подготовка ребенка к обучению в школе, была ли она систематической или эпизодической;
- какая работа проводилась по развитию речи ребенка (родители читали вслух книги ребенку, просили пересказать прочитанное и т.д.);
- какой из мотивов лежит в основе желания пойти в школу (быть взрослее, носить форму, приобрести более широкий круг общения, познакомиться с учителем, получить хорошие отметки, желание узнавать новое, желание сделать приятное родителю и т.д.)

2.2.10. Особенности психологического консультирования родителей подростков, юношей и девушек

Особенности консультирования родителей подростков строятся с учетом особенностей психического развития детей данного возраста (10-11 – 14-15 лет).

Социальная ситуация развития заключается в равноправии младшего подростка во взаимодействии со сверстниками, в отрицании авторитета взрослых. Ведущим видом деятельности в данный период является интимно-личностное общение. Личностные новообразования, возникающие в этот период – это способность к идентификации, чувство взрослости как особая форма самосознания, стремление к самостоятельности, критичность мышления, склонность к рефлексии, формирование самоанализа, стремление к общению, оценка товарищеских и дружеских отношений как личностных достижений, развитие «Я-концепции».

Кризис проявляется в повышенной возбудимости, частой смене настроения, неуравновешенности, псевдовзрослости, негативном,

протестном поведении дома и в школе, критическом отношении к взрослым, девиации в поведении, акцентуациях характера.

Статистика показывает, что количество случаев обращения за помощью психолога резко увеличивается. С точки зрения особенностей консультирования, сам подросток впервые становится клиентом – субъектом обращения в психологическую консультацию, ставя, а иногда и не ставя родителей в известность. В этот период времени уместно проводить консультирование по вопросам организации учебной деятельности у подростков, проявления девиаций в поведении и борьбы с ними, налаживания общения младших подростков. В ходе проведения консультаций необходимо учитывать индивидуальное своеобразие личности подростков, характерные поведенческие реакции в период полового развития. Девочки часто обращаются к психологу–консультанту по вопросам полового интереса и влечения, вопросам влюбленности и дружбы, а юноши – по проблемам борьбы с негативными проявлениями в поведении, ухудшения познавательной деятельности, разрешения конфликтных ситуаций со взрослыми и сверстниками.

В этот период времени уместно проводить консультирование родителей при проявлении у подростков реакции компенсации, эмансипации, группирования со сверстниками, реакции увлечения, реакции гиперсексуальности.

Особенности психического развития в ранней юности (14-15 – 16-17 лет).

Социальная ситуация развития такова: наступает социальная зрелость, включение во «взрослую» жизнь, усвоение тех норм и правил, которые существуют в обществе.

Ведущий вид деятельности - учебно-профессиональный, поэтому взаимоотношения со взрослыми меняются в сторону уважительного принятия. Личностные новообразования данного возраста: стремление к профессиональному и личностному самоопределению, к самовоспитанию, потребность в познании окружающих и самого себя, создание жизненного плана, временной перспективы (нацеленность жизненных перспектив на будущее при критичном отношении к «Я»-прошлому); интенсивное формирование направленности: оценочных суждений, идеалов, убеждений, жизненных принципов, становление нравственного самосознания нужно использовать как позитивный ресурс в становлении самоактуализирующейся личности старшеклассника. В связи с этим особую актуальность имеет организация помощи родителей в вопросах социальной зрелости и личностного самоопределения старшеклассников.

Кризис во внутреннем плане личности проявляется как чувство одиночества, максимализм в поступках, поэтому необходимо проводить консультирование родителей по вопросам ознакомления с особенностями подросткового и юношеского возраста. Показана консультативная помощь и в случаях повышенной тревожности, критичности в отношении своих внутренних и внешних достижений, неустойчивости поведения,

симптомов разочарования. Очень осторожно следует подходить к вопросам консультирования родителей на тему полового воспитания, начала половой жизни, ее особенностей, половых извращений.

Консультирование родителей подростка чаще всего основано на непонимании или неприятии ими изменений, происходящих с ребенком. Зачастую, поэтому, бывает достаточно психологического просвещения родителей по поводу половозрастных особенностей ребенка.

Е.Т. Соколова утверждает, что типичными вариантами конфликтных ситуаций между родителями и подростками, юношами являются:

- конфликт неустойчивости родительского отношения;
- конфликт сверхзаботы;
- конфликт неуважения прав подростка на самостоятельность;
- конфликт отцовского авторитета.

Первоочередной задачей консультанта является переориентация устремлений родителей с получения психологической помощи от специалиста на оказание помощи своему ребенку в достаточно сложный для него жизненный период.

Главная задача родителей – способствовать становлению самостоятельности подростка. Родители в основном имеют в виду обязанности подростка, а подростки под самостоятельностью понимают в основном права.

В подростковом возрасте важнейшим феноменом является дружба, поэтому данное направление консультирования также является актуальным. Консультант обязан напомнить родителям о том, что возраст старшего подростка (и далее – ранняя юность) - сензитивный для формирования и проявления у подростков, юношей и девушек психопатий (при наличии соответствующей наследственности и неправильного воспитания), а также для формирования вредных привычек.

Родители должны знать, что в период с 13 до 19 лет (по многочисленным данным исследований социальных психологов) у детей относительно слабо развита социальная перцепция (т.е. восприятие, понимание и оценка людей, в том числе самого себя). На это также необходимо обратить особое внимание. Консультант должен научить родителей методам и приемам взаимодействия с подростками и юношеством с акцентом на проблеме их недостаточной социальной чувствительности.

В консультировании подростков и их родителей применяются разнообразные психотехнологии и психотехники.

Консультирование учащихся старших классов по проблемам философского романтизма и смысла жизни, путей достижения самоактуализации и акмеологизации своей личности. [Понятие «акмеологизация» введено 1999 году Т.А. Молодиченко. Его содержанием является самостоятельная деятельность (самодетельность) человека по достижению им вершин психофизиологического, психического, физического, личностного, профессионального, социального, духовного

развития, в том числе – самообразование, самообучение, самовоспитание, саморазвитие, самопросвещение).]

В ходе консультирования родителей психолог получает следующую информацию.

I. О характере эмоциональных отношений в семье, об особенностях общения и взаимодействия:

1) отношение родителя к ребенку (безусловное принятие, условное принятие, индифферентное отношение, амбивалентное отношение, скрытое и явное отчуждение);

2) особенности отношения ребенка к родителю и другим членам семьи (родительский образ отношений, его соответствие объективной картине);

3) степень эмоциональной дифференцированности и вовлеченности родителя в процесс воспитания ребенка;

4) симметричность эмоциональных отношений, наличие эмоционального «перекоса», невзаимности, коалиций в семье;

5) особенности взаимоотношений родителя с остальными членами семьи;

6) ролевая структура семьи, лидерство; тип общения и взаимодействия (сотрудничество, содружество, конфликтность, конфронтация, антагонизм).

II. Психологические особенности подростка, юноши/девушки:

1) история развития ребенка, основные анамнестические данные; перспектива развития, долгосрочный и краткосрочный прогнозы развития ребенка («глазами» родителя);

2) основные индивидуально-личностные качества ребенка;

3) предпочтения и интересы ребенка;

4) круг общения, характер взаимоотношений (в семье, вне семьи);

5) проблемы и трудности развития ребенка (содержание, степень выраженности, обстоятельства и время возникновения, зоны конфликта, реальность проблемы, попытки разрешения проблемы и их эффективность, на кого возлагается ответственность за возникновение проблемы).

III. Родитель как воспитатель:

1) ценности и цели воспитания, декларируемые и реальные, степень их совпадения;

2) тип семейного воспитания; характер требований к ребенку, их количество, содержание, форма предъявления, соответствие возрастным и индивидуальным особенностям ребенка; способ контроля; система поощрений и наказаний; роль второго родителя в воспитании ребенка; противоречивость (гармоничность) системы семейного воспитания;

3) особенности родительской позиции; степень рефлексивности, адекватности образа ребенка, прогностичность, динамичность; феномены мистификации, делегирования;

- 4) оценка ребенка и особенности осознания родителем своего отношения к его личности;
- 5) оценка эффективности системы воспитания;
- 6) влияние прародительской семьи на тип семейного воспитания нуклеарной семьи;
- 7) личностные особенности родителя; наличие неразрешенных проблем, состояние фрустрации, социальной тревожности;
- 8) запрос к консультанту и психологическая готовность к сотрудничеству в процессе консультирования; готовность к саморазвитию.

IV. Рекомендации в отношении проведения дополнительного диагностического обследования, программы профилактической и коррекционной работы с семьей. Определение ресурсов оказания психологической помощи семье.

2.2.11. Основные направления консультативной работы с учащимися в период подросткового кризиса и кризиса ранней юности

Три точки полового созревания - органическое созревание, половое и социальное (Л.С. Выготский) и их последовательность становятся направлениями консультативной работы с учащимися в период кризисов развития.

Конкретными, более частными линиями консультативной работы являются учет ведущего вида деятельности - интимно-личностного общения со сверстниками, отрицание авторитета взрослых и стремление подростков к взрослости; чувство взрослости как особая форма самосознания, отношение подростка к себе как к взрослому; воспроизводство эпохи хаоса, столкновения с требованиями социальной жизни (Ст. Холл); противоречивость подросткового кризиса: чрезмерная активность - изнурение, безумная веселость - уныние; уверенность в себе - застенчивость и трусость; эгоизм - альтруистичность; высокие нравственные стремления - низкие побуждения; страсть к общению - замкнутость; тонкая чувствительность - апатия; живая любознательность - умственное равнодушие; страсть к чтению - пренебрежение к нему; стремление к реформизму - любовь к рутине.

Подростковый возраст характеризуется как **кризис самосознания**, а приобретение чувства индивидуальности как благоприятный выход из кризиса.

Существуют различные варианты протекания подросткового кризиса. *Первый тип протекания* характеризуется резким, бурным, кризисным течением. При этом отрочество рассматривается как второе рождение, на этом фоне возникает новое «Я». *Второй тип развития* осуществляется как плавное, медленное преобразование. Наблюдается постепенный рост и приобщение к взрослой жизни без глубоких и

серьезных сдвигов в собственной личности. *Третий тип протекания кризиса* - процесс развития, отмеченный самостоятельным выбором, активным и сознательным формированием и воспитанием себя, преодолением с помощью волевых усилий внутренней тревоги и кризиса в целом при наличии высокого уровнем самоконтроля и самодисциплины. Исходя из этой типологии, строится консультативное влияние на учащихся в подростковом и юношеском возрасте.

Большой интерес у консультанта обнаруживает наличие или отсутствие реакций и их вариант:

- реакции компенсации в подростковом возрасте проявляется как устранение слабости в одном виде деятельности за счет достижений в другом;

- реакция эмансипации как стремление вырваться из-под опеки взрослых;

- реакция группирования со сверстниками - это смешанные неустойчивые группы (по интересам) и стабильные (с постоянным лидером и строгой иерархией);

- реакция увлечения (хобби, телесно-мануальные увлечения, интеллектуально-эстетические, эгоцентрические, накопительские, информационно-коммуникативные);

- реакции гиперсексуальности выражаются в повышенном интересе к проблеме взаимоотношения полов.

Исходя из наличия данной информации, психолог-консультант строит свое взаимодействие с обратившимся в консультацию старшеклассником.

В целом подростковый период является вторым рождением личности, когда наблюдается проявление стремления к самостоятельности, критичность мышления, склонность к рефлексии, формирование самоанализа, стремление к общению, склонность к самоанализу, оценка товарищеских и дружеских отношений как личностных достижений, стремление к самовоспитанию как положительные характеристики выхода из подросткового кризиса.

Повышенная возбудимость, частая смена настроения, неуравновешенность, акцентуированность характера, сильные сексуальные переживания, частая смена настроения, влюбчивость, демонстративность и конфликтность поведения, противоречивость личности, болезненные переживания проявляются как проблемные моменты в развитии подростка, что приводит к возникновению акцентуаций характера (чрезмерной выраженности отдельных черт характера и их сочетаний, представляющих крайние варианты нормы, граничащие с психопатиями).

Развитие «Я-концепции» протекает как формирование совокупности представлений о себе, сопряженных с самооценкой: формирование физического «Я» (представления о собственной привлекательности), когнитивного «Я» (представлений о своем уме, способностях в разных

областях), оценочного и поведенческого «Я», формируется образ «Я реального» и «Я идеального».

Консультирование подростков проводится и по вопросам изменения отношения к своей внешности и физическому здоровью: весу, росту, физическому развитию, внешности, физическим недостаткам; по личностным проблемам: развитию познавательных функций, преодолению «комплекса неполноценности», неуверенности в себе.

Консультирование по школьным проблемам включает способы борьбы с неуспеваемостью, страхом отвечать у доски, тревожностью во взаимодействии с одноклассниками, учителями.

Консультирование по вопросам налаживания отношений с семьей состоит в выработке толерантности в решении вопросов взаимопонимания с родителями, отношений в семье, чрезмерной опеки или авторитаризма родственников, их завышенных требований и ожиданий.

Консультирование по проблемам разрешения споров, развития коммуникативных навыков и средств коммуникации, позитивного отношения к себе и своему будущему также является актуальным для данной возрастной группы.

Решение текущих проблем – это преодоление наметившихся девиаций в поведении, сексуальных переживаний.

Использование в консультировании таких методов, как библиотерапия, гештальт-метод «горячего кресла», методов транзакций, тренинговых упражнений по развитию сензитивности, уверенности в себе, коммуникативных навыков, преодоления социальных страхов составляет значимую часть консультативной практики.

Трудности юности на психофизиологическом уровне: незавершённость раннего физического развития, ощущение физической непривлекательности, неустойчивость эмоциональной сферы, особенности высшей нервной деятельности, высокий уровень ситуативной тревожности. Консультирование юношей и девушек по вопросам нормализации нервно-психического напряжения, саморегуляции эмоциональных состояний, пересмотра взглядов на физическое «Я» - еще одно важнейшее направление консультативной деятельности психолога.

Проблемы подростков в развитии познавательной и личностной сферы - это задержка развития теоретического мышления, отсутствие навыков и приёмов смысловой памяти, небольшой объём оперативной памяти, неразвитость основных компонентов внимания (объёма, переключения), нереалистичность воображения, оторванность его от практики; несформированность волевой сферы. Консультирование старшеклассников по вопросам совершенствования познавательных функций осуществляется относительно восприятия, памяти, мышления, воображения, а также волевого компонента и внимания.

Личностные проблемы старшеклассников включают недостаточный уровень самостоятельности; неадекватность самооценки и уровня притязаний; несформированность мировоззрения, нравственных эталонов;

отсутствие конкретных жизненных целей и устремлений; сохранение подросткового негативизма; высокий уровень личностной тревожности; неудовлетворённость собой; чувство одиночества от осознания своей неповторимости. Консультирование по вопросам личностного становления, преодоления «комплекса неполноценности», выбора индивидуального пути развития – одно из основных направлений работы психолога-консультанта.

Консультант всегда совместно с клиентом обсуждает незначительные и существенные проблемы своего подопечного и стремится помочь клиенту:

- разобраться в мотивировке повседневных выборов и наступающих последствий;
- разрешить множество эмоциональных проблем и запутанные межличностные отношения;
- преодолеть чувство внутреннего хаоса – сделать непонятное и изменчивое позитивным и целесообразным.

Взаимосвязь психологических проблем личностного и межличностного характера подростков и юношей обуславливает необходимость проведения совместного консультирования по этим проблемам. Общие и частные причины затруднений в межличностных отношениях старшеклассников рассматриваются также во взаимосвязи.

Важнейшим направлением работы является консультирование подростков и юношей по проблемам дружбы, влюбленности и любви: анализ видов любви и актуализации внутренних переживаний; измен и разочарований в первой любви; принятие и понимание различных граней человеческих взаимоотношений; психологических аспектов сексуальности; типов мужского и женского поведения; проблемы сексуальной ориентации.

Социальные трудности старшеклассника проявляются в несформированности навыков общения (замкнутость, застенчивость, болтливость); неадекватном понимании сущности высших человеческих чувств, отношений дружбы, любви; преобладании эгоистических тенденций, замене критичности на скептицизм в восприятии чужих высказываний, неприятии позиций и требований взрослого, отсутствии авторитета, неадекватных претензиях на статус и роль в различных группах; тенденции к оригинальничанию; юношеском максимализме в общении с окружающими. Консультирование по вопросам коррекции межличностных взаимоотношений и совершенствования коммуникативных навыков – актуальные задачи консультативной работы со старшеклассниками.

Консультирование подростков основывается на применении методов разговорной терапии, то есть именно разговор (а не игры, как у дошкольников и младших школьников) служит средством для устранения нарушений в психическом и психологическом здоровье.

Особенно важно, как отмечал К. Роджерс, принятие консультантом подростка таким, какой он есть, а также умения консультанта проявлять эмпатию и быть самим собой (конгруэнтность). Подросток очень четко чувствует любую фальшь в поведении взрослого.

Схема консультирования подростка включает:

- установление контакта с подростком;
- запрос подростка: описание трудностей и желаемых изменений в себе, конкретных людях, ситуации;
- диагностическая беседа: поиск причин трудностей;
- интерпретация проблемы консультантом;
- реориентация: совместная выработка конструктивных способов преодоления трудностей.

Установление контакта происходит посредством объединения консультанта с подростком при помощи вербальных и невербальных средств (голоса, жестов, поз, мимики и т.д.).

Диагностическая беседа может включать разнообразные методы и приемы, например: психорисуночные методики: «Несуществующее животное», «Рисунок семьи», «Семья животных», «Методика Гарднера» (в которой предлагается придумать сказку по данному началу), «Раннее воспоминание» (предлагается вспомнить и рассказать что-либо из своего детства). В рамках данного диагностического этапа необходимо реализовывать названную методическую последовательность (по О.В. Хухлаевой).

На этапе интерпретации проблемы подростка консультант должен продемонстрировать умение передать свое видение причин трудностей (гипотезу) так, чтобы подросток мог понять и принять ее. Здесь наиболее эффективным и безопасным является не прямое сообщение, а косвенное – с использованием метода «анализа чужих проблем» (или иначе – «решения психологических задач», «метода инцидента»). Анализ предложенных ситуаций проводится совместно. При этом необходимо заранее подготовить письменный протокол описания проблемы какого-либо клиента (реального или выдуманного консультантом).

Реориентация осуществляется с помощью различных средств, например, методики «Кот в сапогах», подросток должен вспомнить соответствующую сказку. Далее подросток фантазирует, чем ему помочь коту в сапогах. На данном этапе практикуется также включение подростка в деятельность, когда нужно помочь сверстникам, имеющим аналогичные проблемы.

Часто используется сочинение рассказов, которые должны быть написаны от чьего-то лица (то есть определенной роли). Это позволяет развить у подростка, прежде всего, социальную чувствительность, рефлексивность, эмпатию. Отметим, что в каждом конкретном случае индивидуального психологического консультирования подростка подбор его технологий, методов и приемов должен основываться на личностных и половозрастных особенностях подростка.

Индивидуальное психологическое консультирование юношей и девушек происходит, прежде всего, в русле трех глобальных типичных проблем этого возраста, которые И.С. Кон обозначил как проблемы: «кем быть?», «каким быть?», «с кем быть?».

В юности завершается переход к взрослости и психолог-консультант вместе с родителями может помочь юношам и девушкам. С одной стороны, в юности человек стремится к общению, с другой – испытывает чувство одиночества, философское осмысление мира, пессимистическую направленность личности.

Многочисленные специфические проблемы ранней юности решаются посредством многих методов и приемов консультирования. Первое, что необходимо сделать - принять сам факт вступления в трудную ситуацию, когда привычные навыки и модели поведения теряют прежнюю эффективность. Следующий этап - это дать трудной ситуации имя. Необходимо понять, что любая кризисная ситуация является еще возможностью личностного роста.

Главная тема консультирования для юношей, девушек и их родителей – тема выбора, вокруг которой концентрируются основные тревоги и страхи молодых людей. В консультировании в этом случае применяются: профориентационные игры, задачи по проблемам юности, задание «Выбор пути в жизни» (в роли Ивана Царевича, который стоит на перекрестке трех дорог), психотехнические и ролевые игры, задание «Лесенка времени» (позволяющее молодому человеку определить свое отношение к различным возрастным периодам), анализ стихотворений, в которых отражены психологические особенности каждого возраста жизни, анализ литературных произведений, сочинений и др.

Ф.Е. Василюк рассматривает рассказывание автобиографии как метод, помогающий клиенту осуществить переживание тех или иных обстоятельств жизни. Терапевтические возможности рассказывания старшеклассником своей жизни состоят в следующем.

1. Развитие чувства авторства клиента через процедуру повествования.
2. Усиление идентичности личности подростка, юноши, девушки;
3. Принятие себя и своей жизни.
4. Достижение цельности личности.
5. Расширение и усиление рефлексивных механизмов клиента.

2.2.12. Психолого-педагогическое консультирование учителей коррекционных образовательных учреждений

Профессиональное развитие педагога традиционно рассматривалось как становление педагогического мастерства и индивидуального стиля деятельности (Е.Л. Линева, Н.О. Садовникова). Вместе с тем в процессе выполнения профессиональной деятельности педагоги зачастую

испытывают социально-психологический дискомфорт, вызванный лицемерием и грубостью своих коллег, проявляют равнодушие по отношению к учащимся, снижают уровень профессиональной активности. Это обусловлено противоречиями профессионального становления личности, которые порождают кризисы и конфликты (С.Н. Безносков, С.Г. Вершловский, Э.Ф. Зеер, Л.Н. Корнеева, Л.А. Коростелева, А.К. Маркова, Л.М. Митина, В.А. Слостенин и др.).

В концепции профессионального становления личности, разработанной Э.Ф. Зеером, признается разнонаправленность онтогенетических изменений личности в процессе выполнения профессиональной деятельности. Профессиональное становление - это не только прогрессивное развитие, не только приобретения, но и потери. Профессиональная деятельность уже на стадии ее освоения, а в дальнейшем при ее выполнении, приводит к искажению личностного профиля специалиста. Обусловлено это тем, что выполнение конкретных видов труда не требует всех многообразных качеств и способностей личности, многие из них остаются невостребованными. По мере профессионализации успешность выполнения деятельности начинает определяться ансамблем профессионально важных качеств, которые «эксплуатируются» деятельностью. Отдельные из них с годами трансформируются в профессионально нежелательные качества. Результатом этого является образование профессиональных деформаций (С.П. Безносков, Р.М. Грановская, Э.Ф. Зеер, Л.Н. Корнеева, А.К. Маркова и др.).

Профессиональная деформация - это деструкции, которые возникают в процессе многолетнего выполнения профессиональной деятельности и негативно влияют на ее продуктивность, порождают профессионально нежелательные качества и изменяют профессиональное поведение человека. Развитие профессиональных деформаций определяется различными факторами: разнонаправленными онтогенетическими изменениями, возрастной динамикой, содержанием профессии, социальной средой, жизненно важными событиями и случайными моментами. К основным психологическим детерминантам профессиональных деформаций относятся психофизиологические изменения, стереотипы профессиональной деятельности, стагнация профессионального развития, акцентуации характера и психологические защиты, противоречия возрастного развития (например, «кризис середины жизни»).

Одинаковое поведение в определенных социальных ситуациях с интенсивным использованием одной и той же психологической защиты приводит к искажению характера субъекта. Результатом этого является формирование определенных устойчивых черт личности: регрессия (форма защиты) - удивление (эмоция) - наивность и непоследовательность (черта личности), замещение - гнев - агрессивность; отрицание - принятие - социальность и доверчивость, вытеснение - страх - неуверенность,

проекция - отвращение - подозрительность, компенсация - уныние и тоска - депрессивность, гиперкомпенсация - радость - общительность, рационализация - чувство предвосхищения - рациональность и любознательность.

Вполне вероятно, что подход и американских авторов (Глэддинга и его коллег) может лечь в основу определения механизма формирования профессиональных деформаций на основе психологической защиты, поскольку человек выбирает профессию в соответствии со своими личностными особенностями, устойчивыми чертами характера, которые в процессе выполнения профессиональной деятельности активно им используются и, следовательно, деформируются.

Важнейшие личностные проблемы и проблемные области, характерные для взрослых людей, обращающихся в психологическую консультацию:

- проблемы дисгармоничного развития личности;
- экзистенциальные проблемы человека: жизненные кризисы, экзистенциальные фрустрации, утрата смысла жизни и т.п.;
- проблемы самосознания и самосовершенствования: формирование «Я-концепции», неадекватная самооценка и уровень притязаний, несовершенство процессов рефлексии, личностные комплексы, неконструктивные психологические защиты;
- проблемы самоактуализации, самореализации и самоопределения личности;
- случаи личностной дезадаптации, деформации в формировании базовых образований личности;
- внутренняя несвобода и активность личности, психологические ограничения и проблема свободы выбора;
- внутренние конфликты личности;
- противоречия в сфере мотивов, идеалов, ценностных ориентаций личности, неудовлетворенность жизненных потребностей, социальная депривация;
- ложные установки личности;
- проблемы, возникающие вследствие нарушения человеческого достоинства, самоуважения, грубого обращения с личностью, ущемления ее прав и свобод.

Психолого-педагогическое консультирование учителей коррекционных образовательных учреждений по вопросам оптимизации педагогической деятельности включает следующие задачи: постановку целей общения (информационной, контактной, побудительной, координационной, понимания, эмотивной, «отношенческой», оказания влияния); рекомендации по вопросам актуализации базовых умений: умения межличностной коммуникации (передача рациональной и эмоциональной информации, умение пользоваться вербальными и невербальными средствами общения, умение организовывать и поддерживать диалог, умения активно слушать), умения воспринимать и

понимать друг друга (ориентация в коммуникативной ситуации, распознавание скрытых мотивов и психологической защиты, понимания эмоционального состояния учеников и коллег, умение социальной рефлексии), умение межличностного взаимодействия (организовывать совместную деятельность, управлять групповой динамикой, занимать адекватную ролевую позицию, оказывать психологическую помощь, конструктивно разрешать конфликты, занимать позицию конструктивной конфронтации).

Консультирование по вопросам смягчения острых углов подросткового и юношеского кризиса состоит в коррекции у педагогов: уважения к личности подростка, оценки его внешнего облика, интеллектуальных проявлений, развития толерантности к эмоциональным «вспышкам» в сторону повышения уровня сформированности этих психологических качеств.

Консультирование по проблемам оптимального взаимодействия с родителями учащихся для совместного решения вопросов воспитания личности школьника – важнейшее направление работы психолога-консультанта.

Консультирование по вопросам социально-перцептивных искажений в педагогическом процессе включает устранение эффекта ореола, эффекта инерционности, последовательности, влияния имплицитной теории личности, суждений о другом человеке по аналогии с собой, эффекта стереотипизации, стремления к внутренней непротиворечивости, влияния характеристик личности воспринимающего.

Консультирование по вопросам смягчения острых углов подросткового кризиса: уважение к личности подростка, осторожная оценка его внешнего облика, интеллектуальных проявлений, проявление толерантности к эмоциональным «вспышкам».

Консультирование по проблемам оптимального взаимодействия с родителями учащихся для совместного решения вопросов воспитания личности школьника.

Р. Томпсон указывает на то, что серьезным препятствием на пути к творческому мышлению могут выступать не только недостаточные способности, но и целый ряд психологических причин, которые могут встречаться и у педагогов:

склонность к конформизму (стремление быть похожим на других, не выделяться из общей массы);

- боязнь оказаться «белой вороной», выглядеть глупым, смешным в своих стремлениях и взглядах;
- боязнь показаться экстравагантным, прослыть чудаком;
- завышенная самооценка значимости собственных мнений;
- высокоразвитая тревожность, неуверенность в себе, заниженная самооценка, страх перед высказыванием своих мыслей, предложений.

Кроме профессиональных деформаций большое внимание уделено консультированию по вопросам:

- постановки педагогической задачи на основе анализа конкретных условий и ее осмысление;
- конструирования способа педагогического взаимодействия (воздействия);
- процесса реализации решения педагогической задачи;
- анализа результатов решения педагогической задачи.

Психолог оказывает помощь педагогу в вопросах педагогического прогнозирования и проектирования.

Большое внимание уделено консультированию по оптимизации доминирующей педагогической центрации:

- эгоистической (направленности на интересах своего «Я»);
- бюрократической (на интересах администрации);
- конфликтной (на интересах коллег);
- авторитетной (на интересах родителей);
- познавательной (на требованиях средств обучения);
- альтруистической (на интересах учащихся);
- гуманистической (на интересах своей сущности других людей).

Особое внимание психолог уделяет консультированию учителей по психолого-педагогическому анализу урока.

Таким образом, роль психолога в профессиональном становлении личности учителя в нормализации психологического климата, в коррекции аффективно-волевой сферы в процессе консультирования очень велика.

Специфические причины конфликтов «Учитель-учитель»

1. Конфликты, обусловленные особенностью отношений субъектов педагогических конфликтов:

- между молодыми учителями и учителями со стажем работы;
- между учителями, преподающими разные предметы (например, между физиками и словесниками);
- между учителями, преподающими один и тот же предмет;
- между учителями, имеющими звание, должностной статус (учитель высшей категории, руководитель методического объединения) и не имеющими их;
- между учителями начальных классов и среднего звена;
- между учителями, чьи дети учатся в одной школе, и др.

Специфическими причинами конфликтов между учителями, чьи дети учатся в школе, могут быть:

- недовольство учителей отношением к их собственному ребенку своих коллег;
- недостаточная помощь и контроль за собственными детьми педагогов-матерей в силу огромной профессиональной занятости;

- особенность положения ребенка учителя в школьном социуме (всегда «на виду») и переживание по этому поводу матери-педагога, создающее вокруг нее постоянное «поле напряженности»;
- за пределами частое обращение учителей к коллегам, чьи дети учатся в школе, с просьбами, замечаниями, жалобами по поводу поведения и учебы их ребенка.

2. Конфликты, «провоцируемые» (чаще непреднамеренно) администрацией учебного заведения:

- необъективное или неравномерное распределение ресурсов (к примеру, кабинетов, технических средств обучения);
- неудачный подбор учителей в одной параллели с точки зрения их психологической совместимости;
- косвенное «сталкивание» учителей (сравнение классов по успеваемости, исполнительской дисциплине, возвышение одного учителя за счет унижения другого или сравнение с кем-либо).

Более углубленное изучение причин конфликтов типа «Учитель-учитель» является одним из перспективных направлений исследования педагогических конфликтов в школе.

Специфические причины конфликтов «Учитель-ученик».

1. Недостаточный профессионализм педагога как предметника и воспитателя.
2. Нарушение школьных требований учащимися.

Специфические причины конфликтов «Учитель-родитель».

С точки зрения родителей.

Со стороны родителей причины конфликтов - это превалирование отцовского или материнского чувства. Учитель же осуществляет прежде всего свой социальный статус воспитателя. Однако служебно-официальный характер общения учителя с учениками, как правило, не дает результатов.

Каждый из конфликтов бывает вызван своими причинами. Рассмотрим, к примеру, возможные причины конфликтов между начинающим специалистом и учителем с большим стажем работы в школе. Непонимание роли жизненного опыта в оценке окружающего, особенно поведения и отношения к учительской профессии молодых педагогов, приводит нередко к тому, что учитель, возраст которого за пятьдесят лет, чаще фиксирует свое внимание на негативных сторонах современной молодежи. С одной стороны, канонизация собственного опыта, противопоставление нравственных и эстетических вкусов поколений учителями со стажем, с другой стороны – завышенная самооценка, профессиональные промахи молодых учителей могут служить причинами конфликтов между ними. Вместе с тем, «когда группа молодых учителей называла своих любимых школьных учителей, то 42 % опрошенных назвали имена учителей старше 50 лет, 22 % – пенсионеров. Почти 60 % выделили в числе главных качеств любимых наставников – способность

понимать молодежь, умение признавать свои ошибки, преодолевать тяжесть лет, сохранять искры творчества, любовь к детям, умение играть и работать с ними, не отставать от моды, читать молодежные издания и др. О неудовлетворенности учителей взаимоотношениями внутри своего учительского коллектива говорят данные исследования (Банькина, 2001). Так, по мнению учителей Московской области, меньше половины (44 %) поддерживают друг с другом дружеские отношения; у 43 % – формально-напряженные отношения. В связи с этим повышается значимость психологического консультирования по разрешению внутриличностных и межличностных отношений в коллективе.

Рассмотрим *некоторые особенности педагогических конфликтов*:

— профессиональная ответственность учителя за педагогически правильное разрешение ситуации, ведь школа — модель общества, где ученики усваивают социальные нормы отношений между людьми;

— участники конфликтов имеют различный социальный статус (учитель — ученик), чем и определяется их разное поведение в конфликте;

— разница возраста и жизненного опыта участников разводит их позиции в конфликте, порождает разную степень ответственности за ошибки при их разрешении;

— различное понимание событий и их причин участниками (конфликт «глазами учителя» и «глазами ученика» видится по-разному), поэтому учителю не всегда легко понять глубину переживаний ребенка, а ученику — справиться со своими эмоциями, подчинить их разуму;

— присутствие других учеников при конфликте делает их из свидетелей участниками, а конфликт приобретает воспитательный смысл и для них; об этом всегда приходится помнить учителю;

— профессиональная позиция учителя в конфликте обязывает его взять на себя инициативу в его разрешении и на первое место суметь поставить интересы ученика как формирующейся личности;

— всякая ошибка учителя при разрешении конфликта порождает новые ситуации и конфликты, в которые включаются другие ученики;

— конфликт в педагогической деятельности легче предупредить, чем успешно разрешить.

2.2.13. Психологическое консультирование подростков-инвалидов

Особенности психологического консультирования подростков-инвалидов определяются разными объективными и субъективными факторами:

❖ неоднородностью группы подростков-инвалидов, поскольку в нее включаются:

а) инвалиды, чья инвалидность обусловлена детским церебральным параличом (ДЦП);

б) инвалиды по зрению (слепые, слабовидящие);

в) инвалиды, чья инвалидность обусловлена значительными нарушениями слуха (глухие и слабослышащие);

г) подростки-инвалиды, приобретшие инвалидность в результате различных травм, которые оставили их без руки или ноги, обездвиженными из-за травм позвоночника и т.д.; каждая из групп инвалидов обладает специфическими психологическими познавательными, эмоциональными, волевыми процессами, особенностями личностного развития, межличностных отношений и общения. Таким образом, в консультировании должен реализовываться строгий индивидуальный и личностно ориентированный подходы;

❖ преобладанием индивидуального психологического консультирования над групповым; перед проведением консультирования клиента-инвалида необходимо обследовать или познакомиться с результатами психодиагностики и медицинской диагностики, имеющимися в личном деле подростка;

❖ индивидуальное психологическое консультирование подростков-инвалидов должно основываться на знании половозрастных особенностей подростков, например, необходимо помнить, что младшие подростки характеризуются повышенной утомляемостью, а старшие – более энергичны. У младших подростков не завершилась еще генеральная гормональная перестройка организма, а старшие подростки адаптировались к свершившимся в их организме биологическим и гормональным изменениям. Младшие подростки стремятся подражать сверстникам – быть, «как все», а старшие – выделиться из среды, отличаться от товарищей. Существенно различаются мальчики и девочки подросткового возраста. Наиболее дифференцированные экспериментальные данные о половозрастных отличиях подростков получены уже в конце 60-х – начале 70-х годов XX века А.П. Краковским. Например, в книге «О подростках» (1970) этот автор анализирует результаты изучения мальчиков и девочек младшего и старшего подросткового возраста, выявляя особенности их интеллектуального, эмоционально-волевого, личностного развития. Так, известны факты опережения девочками этого возраста мальчиков-сверстников по большинству направлений развития в среднем на 1,5-2 года, а также о большем проявлении девочками альтруизма, эмпатии, о более адекватных самооценках девочек по сравнению с мальчиками. Значительный вклад в изучение психологии половых различий (в том числе, в подростковом возрасте) внесли также И.С. Кон, Б.С. Братусь, Л.Я. Гозман, И.В. Страхов, И.Э Стрелкова, В.Д. Колесов, В.А. Крутецкий, А.Г. Хрипкова и др.

В индивидуальное консультирование подростков-инвалидов структурно включаются следующие виды консультирования:

- во-первых, *медико-психологическое* (в связи с наличием у подростков на основе главного дефекта в развитии различных нарушений в психическом здоровье);

- во-вторых, *психолого-педагогическое* (поскольку в процессе обучения, воспитания, развития у этих детей возникают специфические трудности, например, у подростков с церебральным параличом актуальной проблемой является организация двигательной активности и учет уровня сформированности их локомоций, поз, жестов, речевых движений и т.д.);
- в-третьих, *социально-психологическое консультирование*, помогающее подростку-инвалиду включаться как в малые группы, так и быть принятым в более широкое социальное окружение;
- в-четвертых, *индивидуальное профессиональное консультирование*, основывающееся на особенностях профориентационной работы, проводимой учителями с подростками-инвалидами.

Психологическое консультирование как вид работы используется психологом-практиком в условиях учреждений образования для детей с особенностями в развитии. Психологическое консультирование подростков-инвалидов, основанное на гуманистическом подходе, предполагает субъектное отношение к консультируемому. Как субъект собственной жизни подросток-инвалид имеет мотивы и стимулы к развитию своего неповторимого внутреннего мира, его активность направлена, на адаптацию и самореализацию, он, как правило, способен нести ответственность за свою жизнь в условиях ограниченных возможностей. Необходимым условием консультирования подростков-инвалидов является желание консультироваться – получать помощь в разрешении вопросов (затруднений), обусловленных психологическими причинами, а также готовность принять ответственность за изменение своей жизненной ситуации. Границы ответственности подростков-инвалидов варьируют от высокой активности и самостоятельности, когда подросток действительно является хозяином собственной жизни, и сам стремится искать выход из затруднительных ситуаций, до высокой инфантильности и зависимости от других, тогда основной «заказ» на консультацию предполагает: «Решите за меня. Скажите, как надо...». И поскольку инфантильность является распространенной чертой подростков-инвалидов, в ходе консультирования необходимо предпринимать специальные действия для пробуждения (актуализации) собственной активности и ответственности консультируемого: позитивный настрой, укрепление веры в его силы и возможности, «разрешение» на пробы и ошибки (не ошибается тот, кто не живет), понятное распределение ролей в ходе консультации между психологом и подростком – «ты хозяин..., а я твой помощник, только ты знаешь, как построить свою жизнь...».

Особое значение в консультационной работе с подростками-инвалидами имеет сотрудничество консультанта с учителями, воспитателями, родителями школьника. Без создания благоприятной психологической атмосферы с врачами, педагогами и родителями, трудно ожидать высокой эффективности психологического консультирования подростка-инвалида. Эта задача сотрудничества является первоочередной, которую решает консультант-психолог.

В индивидуальном психологическом консультировании подростков-инвалидов, как ни в каком другом, необходимо использовать различные направления психолого-педагогической, а также медико-психологической и социально-психологической коррекции. Так, очень эффективной может быть в работе с подростками-инвалидами с ДЦП телесно-ориентированная психотерапия (В. Райх, Э. Лоуэн), логотерапия В. Франкла (в связи с особой остротой переживания подростками своих проблем); музыка- и сказкотерапия.

Для предупреждения эмоционально-волевых нарушений у подростков с церебральным параличом в качестве психопрофилактики можно применять такие коррекционные методы и приемы, как решение психологических задач, сочинение сказок, метод инцидента, психогимнастика, психотехнические упражнения по тренингу отдельных эмоций и многое другое. В психологическом консультировании слабослышащих и глухих используются психорисуночные методики, сказкотерапия, элементы телесно ориентированной терапии, психогимнастики, арттерапии посредством изобразительной деятельности.

При наличии определенной специфики консультирования подростков-инвалидов из разных подгрупп есть и общие проблемы подросткового возраста, разрешаемые с помощью консультанта: трудности дружеского общения, конфликты с учителями и родителями (если последние не учитывают появление чувства взрослости, стремление к самостоятельности); развитие раннего алкоголизма, употребление наркотиков и др.

Б. Братусь, посвятивший ряд исследований проблеме раннего алкоголизма в подростковом возрасте и ранней юности, отмечает, что большое значение имеет психологическое консультирование по этим проблемам, опора на референтный круг их общения (если, конечно, референтные для подростка люди не имеют вредных привычек, о которых идет речь). Например, проблема раннего алкоголизма остра и сложна потому, что приобщение к употреблению алкогольных напитков и формирование стабильного алкоголизма у подростков происходит быстрее, чем у взрослых: у подростков в среднем за 1,5-2 года, а у взрослых – от 5 до 8 лет. Вредные привычки у подростков формируются быстрее и легче полезных, чему способствует, зачастую, поддержка подростковой группы, в которую включен ребенок. В исследованиях выявлено, что сензитивным для формирования вредных привычек является возраст от 13 до 19 лет (т.е. старший подростковый и юношеский). Изучены и половые различия в этом процессе: у девочек вредные привычки закрепляются быстрее, чем у мальчиков-подростков.

Для консультационной работы с подростками-инвалидами психолог-консультант должен иметь определенные профессионально значимые качества, среди которых:

- особая чувствительность по отношению к детям, их надеждам, страхам и личностным затруднениям; эта способность позволит

улавливать малейшие проявления состояния консультируемого, такие, как интонация, поза, выражение лица, случайные движения, наступление усталости, сигналы, свидетельствующие о потере контакта, и т.д.;

- высокий уровень самоконтроля и выдержки, самообладания, личностную организованность;

- способность чувствовать себя комфортно в ситуациях вынужденного ожидания, растянутой паузы, не вмешиваясь во внутреннюю работу сознания ребенка, так как у детей-инвалидов, в частности, у детей с ДЦП, специфический ритм жизнепроживания и взаимодействия; этот ритм может показаться здоровому человеку замедленным, рваным, вязким, судорожным; и было бы большой ошибкой из-за нетерпения или внутреннего раздражения брать на себя выполнение за ребенка каких-то действий и операций; возможно, что консультантам, привыкшим работать в демонстративно-провокационной манере, предпочитающим создавать ситуации интенсивного эмоционального напряжения, не стоит соглашаться на консультирование детей с физическими и психическими ограничениями;

- терпимость к различного рода идеям морального, религиозного, мистического порядка, открытость к восприятию, возможно, нелепых, «сумасшедших», незрелых суждений свои клиентов; подростки-инвалиды имеют некоторую склонность к мистике, фантазированию, открытию у себя особых способностей; если у консультанта есть тенденция к морализированию и поучению, к трансляции своих собственных моделей устройства мира, ему также следует подумать, прежде чем включаться в такого рода работу;

- готовность к расширению собственных знаний за счет контактов со специалистами смежных областей (дефектологами, психиатрами, педиатрами, невропатологами);

- профессиональное умение работать в русле гуманистической парадигмы, в частности, владение искусством выслушивать исповедь, проявлять эмпатию, рефлексивность, принятие.

В качестве противопоказаний к работе консультанта для детей-инвалидов следует назвать:

- психопатизацию личности психолога-консультанта;
- авторитарность;
- агрессивность, тревожность, склонность к депрессивным проявлениям;
- слабую стрессоустойчивость;
- навязчиво дидактическую оценочную манеру поведения, стремление к морализированию;
- эгоцентризм.

Психолог-консультант, работающий с детьми-инвалидами, должен быть компетентным и в других направлениях практической психологии: психодиагностике, психодидактике, психокоррекции, психопрофилактике.

Список литературы

- Абрамова Г.С.* Практикум по психологическому консультированию. Екатеринбург, 1995.
- Абрамова Г.С.* Психологическое консультирование: Теория и опыт, задачи по психологическому консультированию. М., 1999.
- Айви А.Е., Айви М.Б., Саймен-Даунинг Л.* Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. М., 2000.
- Ананьев Б.Г.* Проблемы современного человекознания. Л., 1969.
- Андрущенко Т.Ю.* Диагностические пробы в консультировании. Волгоград, 2002.
- Алешина Ю.Е.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., 1994.
- Ассаджоли Р.* Психосинтез/ Теория и практика. От душевного кризиса к высшему «Я». М., 1994.
- Битянова М.Р.* Организация психологической работы в школе. М., 1997.
- Бойко В.В.* Малодетная семья. Социально-психологический аспект. М., 1988.
- Бурменская Б.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г.* Возрастно-психологическое консультирование: проблемы психического развития детей. М., 1990.
- Буянов М.И.* Психотерапия невротиков у детей и подростков. М., 1976.
- Васильюк Ф.Е.* Психология переживания. М., 1991.
- Вацлавик П.* Как стать несчастным без посторонней помощи. М., 1993.
- Введение в практическую социальную психологию учебное пособие для высших учебных заведений. М., 1967.
- Выготский Л.С.* Проблемы дефектологии. М., 1995.
- Глэддинг С.* Психологическое консультирование. 4-е изд. СПб, 2002.
- Кан-Калик В.А.* Учителю – о педагогическом общении. М., 1987.
- Коттлер Дж., Браун Р. Психотерапевтическое консультирование. СПб, 2001.
- Кроник А., Кроник Е.В.* В главных ролях: Вы, Мы, Он, Ты, Я / Психология значимых отношений. М., 1989.
- Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования. М., 1998.
- Мей Р.* Искусство психологического консультирования. М., 1994.
- Нельсон-Джоунс Р.* Теория и практика консультирования. М., СПб, 2000.
- Немов Р.С.* Основы психологического консультирования. М., 1999.
- Основы возрастно-психологического консультирования / под ред. А.Г. Лидерса. М., 1991.
- Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия. М., 1999.
- Психологическое консультирование подростков-инвалидов / под ред И.В. Кузнецовой. Ярославль, 1996.
- Практическая психология образования / под ред. И.В. Дубровиной. М., 1997.
- Роджерс К.* Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы. М., 2000.
- Семья в психологическом консультировании: Опыт и проблемы психологического консультирования / под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М., 1989.
- Слободчиков В.И., Исаев Е.И.* Психология развития человека. М., 2000.
- Юнг К.Г.* Психологические типы. М., 1992.

2.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

2.3.1. Психологическая коррекция как одно из направлений деятельности специального психолога

Термин «коррекция психического развития» впервые стал использоваться в дефектологии применительно к различным вариантам аномального развития ребенка. Под «коррекцией» в отличие от медицинской помощи понималась определенная форма психолого-педагогической деятельности, т.е. совокупность педагогических воздействий, направленных на исправление недостатков в развитии аномального ребенка. Психологическая коррекция - система мероприятий, направленных на исправление недостатков клиента с помощью средств психологического воздействия.

Психокоррекция - одно из направлений деятельности специального психолога, наряду с психологическим просвещением, психологическим консультированием, психотерапией, психологической диагностикой, психологическим сопровождением, психодидacticкой, психологической профилактикой.

По мере развития прикладной психологии понятие «коррекция» стало все шире использоваться и применительно к нормальному психическому развитию ребенка. В связи с этим произошло принципиальное изменение характера задач и адресата коррекционных воздействий – от исправления дефектов при нормальном развитии до создания оптимальных возможностей и условий психического развития ребенка.

Как вид психологической практики психолого-педагогическая коррекция имеет долгую историю развития, начиная с попыток французского врача и педагога Ж. Итара (Itard) в конце XVIII века. Он пытался перевоспитать и обучить «авейронского мальчика-дикаря» Виктора, который был изолирован от человеческого общества и не был похож на человеческое существо ни в психическом, ни даже в физическом отношении.

Психокоррекция в специальной психологии рассматривается и 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. Лидерс), и как система методов психологического воздействия на клиента, и как совокупность психологических приемов для исправления психологии или поведения психически здорового человека (Р.С. Немов), и как способ профилактики нервно-психических нарушений у детей (А.С. Спиваковская). Нередко понятие «психокоррекция» подменяется понятием «психотерапия» (от греч. *psyche* – душа и *therapeia* – уход). В XIX веке под психотерапией понимали психотерапию как

лечение души. Исторически именно психотерапия впервые выступила как самостоятельная психологическая практика работы с больными, как форма оказания психологической помощи человеку, испытывающему психологические трудности.

Остановимся на рассмотрении соотношения понятий «психокоррекция», «психологическое консультирование», «психотерапия» (Ю.Е. Алешина, А.А. Осипова, Р.С. Немов, С. Глэддинг), основываясь на сфере приложения консультирования, психокоррекции и психотерапии с помощью ключевых вопросов: «когда?», «что?», «кто?», «с кем?».

Генезис психотерапии связан с появлением техник гипноза в конце XIX века и неразрывно связан с медициной, коррекции – с дефектологией и образовательной сферой, а интервенции – с психологией развития и детской психологией, а также с общественной системой обучения и воспитания.

Сферой воздействия в психотерапии является (что?) психическое здоровье людей, в психологическом консультировании и коррекции – психологическое здоровье (термин И.В. Дубровиной), т.е. психологические аспекты психического здоровья. В наше время к определению психологического здоровья предлагается уровневый подход по разным основаниям: М.С. Рогов основывается на сохранности функций внешней и внутренней регуляции, Б.С. Братусь – способности строить адекватные способы смысловых устремлений и уровне психофизиологического здоровья как особенностей нейрофизиологической организации психической деятельности, О.В. Хухлаева – на гармонии между умением человека адаптироваться к среде и умением адаптировать ее в соответствии со своими потребностями.

Работа осуществляется (с кем?) в психотерапии с больными людьми, в психологическом консультировании и коррекции – со здоровыми, испытывающими трудности разрешения той или иной критической ситуации (А.А. Осипова), и с детьми, имеющими отклонения в психическом развитии (И.И. Мамайчук). Ф.Е. Василюк критической ситуацией считает такую ситуацию, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и пр.). Следует дифференцировать психологическую коррекцию нормального и аномального развития, отягощенного биологическими факторами отклонений в развитии.

Воздействие осуществляет (кто?) в психотерапии врач-психотерапевт или психолог с соответствующей подготовкой, в психологическом консультировании и коррекции – психолог, педагог-психолог, социальный работник. Коррекцией аномального развития занимаются медицинские, специальные психологи, пато- и нейропсихологи.

Итак, с точки зрения А.А. Осиповой, **психокоррекция** имеет несколько специфических особенностей: ориентация на клинически здоровых людей; ориентация на здоровые черты личности; ориентация на

среднесрочную помощь, в отличие от краткосрочной; направленность на изменение поведения и развития личности. Однако, как совершенно верно замечает И.И. Мамайчук, объектом психокоррекции могут быть как здоровые, так и больные люди.

Психотерапия в основном применяется в клинике неврозов и психосоматических заболеваний, а психокоррекция широко используется в психиатрической клинике (В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Полякова). Психокоррекция широко используется при решении собственно лечебных психотерапевтических задач, а также с целью гигиены и профилактики (Р.А. Зацепинский, Г.Л. Исурина).

В зарубежной психологии аналогом понятия «коррекция» выступает понятие «интервенция». Основное отличие понятий «психологическая коррекция» и «интервенция» связано на акцентировании различных сторон психологического воздействия: интервенция акцентирует момент вторжения, вмешательства в ход развития, понимаемый как естественный, а коррекция подчеркивает целевой аспект психологического воздействия – преодоление отклонений в развитии и обеспечение достижения уровня возрастных норм развития.

Отличие психокоррекции от смежных понятий отличается по целям, задачам, частоте, непрерывности и длительности контактов психолога с клиентом, по активности ролей, выполняемых психологом и клиентом, по их ответственности и стилю общения. Чем большее значение имеют психологические и социально-психологические факторы в развитии того или иного вида нарушений, тем больше удельный вес приобретает метод психологической коррекции (Р.А. Зацепинский, Г.Л. Исурина, 1983).

2.3.2. Основные принципы психокоррекционной работы

Психологическая коррекция как особая форма психологического воздействия базируется на фундаментальных положениях отечественной психологии, главными из которых являются следующие.

1. Положение, разработанное в теоретической концепции В.Н. Мясищева (1960), согласно которому личность является продуктом системы значимых отношений, поэтому эффективная психотерапия и психокоррекция немислима без включения в коррекционный процесс и самого ребенка, и его семьи.

2. Положение теории деятельности А.Н. Леонтьева (1964), состоящее в том, что позитивно влиять на процесс развития – значит управлять ведущим видом деятельности.

3. Разработанное Д.Б. Элькониным (1978) положение о том, что коррекционный потенциал игры заключается в практике новых социальных отношений, в которые включается человек в процессе специально организованных игровых занятий.

4. Положение теоретической концепции личности С.Л. Рубинштейна (1973) о формах психологических контактов между людьми.

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

Биологическая модель видит нарушения в развитии в снижении темпа созревания структур мозга.

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

Интеракционистская модель рассматривает в качестве ведущей причины отклонений в развитии детей и подростков нарушение взаимодействий между личностью и средой. Например, ранняя сенсорная депривация может привести к необратимым нарушениям в психическом развитии ребенка.

Педагогическая модель находит причины отклонений в психическом развитии ребенка, в явлениях социальной и педагогической запущенности.

Деятельностная модель объясняет причины неблагополучия ребенка несформированностью ведущего вида деятельности.

Эффективность психологической коррекции в значительной степени зависит не только от анализа причины, но и от структуры дефекта.

Принципы психокоррекции – это основополагающие идеи, требования к ее проведению.

Основными принципами психокоррекции являются принцип единства диагностики и коррекции, принцип нормативности развития, принцип личностного подхода, принцип коррекции «сверху вниз», деятельностный принцип коррекции, принцип системности, каузальный принцип, временной принцип психокоррекции развития психологической деятельности. Кратко охарактеризуем их.

Принцип единства диагностики и коррекции представляет собой отражение целостности образовательной практики. Полученные в результате диагностического исследования данные служат основой проведения психолого-педагогических коррекционных мероприятий.

Такая диагностика должна быть комплексной, она требует применения набора психологических методик, направленных на изучение различных сторон психических процессов, свойств, состояний, личностных качеств и форм деятельности.

При этом особое значение приобретают методики по типу естественного эксперимента (моделирование реальной деятельности в группах и парах, игровые диагностические процедуры, групповые дискуссии).

Комплексность в диагностике определяется необходимостью изучения семьи и семейного воспитания, то есть диагностика

осуществляется в контексте диагностики психологических проблем его семьи.

В диагностике психологических факторов риска необходимо использовать биографический метод, позволяющий восстановить весь ход психического развития ребенка в жизни его семьи.

Диагностика как начальный этап психокоррекции требует соблюдения принципа активности самих испытуемых. Это означает, что все диагностические процедуры должны быть лично мотивированы для самих участников, диагностика должна превращаться в самодиагностику, когда ее участники ставят перед собой задачи анализа собственных психологических качеств и определение целей и путей совершенствования, поэтому в диагностике широко используются проективные опросники, самоотчеты, дневниковые записи, проективные сочинения, рисунки с последующим обсуждением всех деталей с их автором.

Диагностика и коррекция осуществляется практически одновременно на всех этапах работы, поэтому коррекционные приемы – это одновременно и приемы диагностики и самодиагностики участников коррекции.

Психологический диагноз может быть поставлен и на основе данных наблюдения за ребенком в процессе его деятельности (игровой, учебной, группового взаимодействия). Важно сочетать тестовые методы с методиками наблюдения.

Принцип нормативности развития отражает суть нормативности как последовательности сменяющих друг друга возрастных стадий, отличающихся своей динамикой и содержанием. Данный принцип предполагает учет социальной ситуации развития, ведущего вида деятельности и личностных новообразований психического развития клиентов. Индивидуальная норма выступает в качестве основы составления программы индивидуального развития.

Принцип личностного подхода (К. Роджерс, 1931) – подход к клиенту как целостной личности с учетом всей ее сложности и всех индивидуальных особенностей, поэтому в коррекционной работе учитывают прежде всего не изолированную психическую функцию, а личность в целом, на создание условий для развития тех или иных качеств личности

Иерархический принцип, или принцип коррекции «сверху вниз», акцентирует внимание на завтрашнем дне развития, создании «зоны ближайшего развития» (Л.С. Выготский). В нем проявляется опережающий характер коррекции, нацеленность на формирование психологических новообразований. Коррекция с ориентацией на зону ближайшего развития требует максимальной активности ребенка и носит опережающий характер.

Принцип коррекции «снизу вверх» - это упражнение и тренировка имеющихся психологических способностей и подкрепление желательных

форм поведения (М. Монтессори), в нем учитывается зона актуального развития клиента. Этот принцип реализуется сторонниками поведенческого подхода (бихевиористического) как «вызывание» любыми способами заданной модели поведения (как комбинации уже имеющегося поведенческого репертуара) и ее немедленное подкрепление.

Принцип системности развития психологической деятельности задает взаимосвязанность различных сторон личности и гетерохронность (неравномерность) их развития. Он направлен на устранение причин и источников отклонения в психическом развитии и предполагает представление системы причинно-следственных связей и иерархии отношений между симптомами и их причинами.

Деятельностный принцип коррекции выступает как предмет приложения коррекционных усилий; его суть – личность формируется и проявляется в процессе жизнедеятельности, важен выбор средств и способов достижения цели, тактики проведения коррекционной работы, путей и способов реализации поставленных целей. Данный принцип задает способы коррекционной работы через организацию соответствующих видов деятельности. Коррекционная работа строится не как простая тренировка навыков и умений, а как целостная, осмысленная деятельность, вписывающаяся в систему повседневных жизненных отношений клиента.

Каузальный принцип направлен на устранение причин и источников отклонений в психическом развитии ребенка. Сложная иерархия отношений между симптомами и их причинами, структура дефекта определяют задачи и цели психологической коррекции. В зависимости от первопричины разрабатывается стратегия психокоррекционной работы. Например, если главная причина ЗПР – социальный фактор (педагогическая запущенность ребенка, неблагоприятная атмосфера в семье), то психокоррекция направлена на преодоление этих обстоятельств, то есть создание благоприятных условий для формирования познавательных мотивов у ребенка. Если причиной задержки психического развития ребенка является резидуально-органическая недостаточность ЦНС у ребенка, то главным направлением работы становится коррекция операционально-технических навыков, навыков самоконтроля своих действий с помощью специально разработанных методов.

Временной принцип психокоррекции предполагает раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохраненные функции. Необходимость ранней коррекционной работы (например, с детьми с ЗПР) вытекает из особенностей детского мозга – его пластичности и универсальной способности к компенсации нарушенных функций. Коррекция должна строиться не с учетом хронологического возраста, а в зависимости от того, на каком этапе психического развития находится ребенок.

2.3.3. Требования к разработке или составлению психокоррекционной программы

Составление психокоррекционных программ опирается на ряд принципов: принцип единства коррекции и диагностики, принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач; принцип учета возрастно-психологических и индивидуальных особенностей клиента, принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к участию в коррекционной программе.

При составлении психокоррекционной программы необходимо учитывать следующие моменты:

- четко формулировать цели коррекционной работы;
- определить круг задач, которые конкретизируют цели;
- выбрать стратегию и тактику проведения коррекционной работы;
- четко определить формы работы (индивидуальная, групповая или смешанная);
- отобрать методики и техники коррекционной работы;
- определить общее время, необходимое для реализации всей коррекционной программы;
- определить частоту необходимых встреч (ежедневно, раз в неделю, два раза в неделю, один раз в две недели);
- учесть факторы, определяющие эффективность психокоррекции (ожидания клиента, значение для клиента освобождения от имеющихся проблем, характер проблем, готовность клиента к сотрудничеству, ожидания психолога, осуществляющего коррекционные мероприятия, профессиональный и личностный опыт психолога, специфическое воздействие конкретных методов исследования, например, директивной психокоррекции);
- определить длительность каждого коррекционного занятия (от 10-15 мин в начале коррекционной программы до 1,5–2 часов на заключительном этапе);
- разработать коррекционную программу и определить содержание коррекционных занятий;
- планировать формы участия других лиц в работе с семьей - подключение родственников, значимых взрослых и т.д.);
- реализовывать коррекционную программу;
- подготовить необходимый материал и оборудование.

I. На ориентирующе-целевом и ценностно-установочном этапе необходимо овладеть соответствующим понятийным аппаратом, ознакомиться с психолого-педагогическими характеристиками детей с нарушениями развития, классификациями различных видов коррекции, принципами составления коррекционных программ, уметь выяснять позицию психолога и клиента.

II. На содержательном этапе анализируются различные психокоррекционные течения: классический психоанализ З. Фрейда, аналитическая индивидуальная психокоррекция А. Адлера, клиент-центрированный подход К. Роджерса, логотерапия В. Франкла и другие. Владение этими знаниями дает возможность выбирать методологическую основу коррекционной и психотерапевтической работы с учащимися, имеющими нарушения в развитии. Не менее важна работа с родителями этих детей, которые при рождении ребенка с ограниченными возможностями испытывают сильное потрясение и в дальнейшем продолжают чувствовать социальный дискомфорт и свою ущербность. Психокоррекция семьи аномального ребенка позволяет исправить нарушения взаимодействия с социумом, улучшить внутрисемейные взаимоотношения, изменить неверные представления о возможностях его лечения и воспитания (М.М. Семаго).

Особое внимание следует обратить на выбор времени проведения коррекционных мероприятий: от сверкороткой коррекции (в течение одного урока, направленной на разрешение изолированных проблем и конфликтов), короткой (в течение нескольких уроков, запускающей процесс изменений), до длительной (в течение одной-двух четвертей, ориентированной на личностное содержание проблем) и сверхдлительной (затрагивает несколько учебных лет и предполагает работу с сознательной и бессознательной сферами). Отмечается, что работа с детьми, имеющими различные нарушения психического развития, имеют свою специфику (например, олигофрены обнаруживают в основном невысокую степень внушаемости - суггестии, что тесно связано со степенью выраженности умственной отсталости, хотя среди них есть и сомнамбулы, легко впадающие в состояние транса, что значительно усложняет проведение коррекционных программ).

Необходимо избрать адекватные проблеме симптоматическую (коррекция симптомов, последствий нарушений) и каузальную (причинную) виды коррекции и соответствующие формы работы с клиентом (индивидуальную или групповую), характер корригирующих воздействий (директивный или недирективный), масштабы решаемых задач (общие, частные и специальные).

В содержательном плане демонстрируются также возможности различных видов коррекции, широко используемые в школьной практике: психокоррекция познавательной сферы, аффективно-волевой сферы, поведенческих аспектов и личности в целом, коррекция межличностных и внутригрупповых отношений (семейных, коллективных, детско-родительских и т.д.).

III. На операционально-деятельностном этапе отрабатываются приемы и методы проведения коррекционной работы и составляются коррекционные программы. Большое внимание уделяется обыгрыванию коррекционных ситуаций, основными элементами которых являются: клиент, психолог (психокорректор), психологическая теория, набор

процедур (техник, методов) и социально-психологические отношения между клиентом и психологом.

Технология коррекционного воздействия на детей с проблемами в развитии представляет из себя систему психологических методов, направленных и однозначно определяющих положительную динамику в развитии нетипичного ребенка. На данном этапе очень важно правильно выбрать методы психокоррекции (игровая коррекция арттерапия, музыкотерапия, библиотерапия, сочинение сказок, куклотерапия, психогимнастика, использование метафор, гиперкомпенсация, свободные ассоциации и другие). Важнейшее место на данном этапе отводится составлению психокоррекционных программ, в которых предусматриваются: четкая постановка целей, определение круга задач, выбор стратегии и тактики коррекционной работы, определение ее форм, отбор методик и техник, длительность проведения, выбор и описание содержания занятий, формы участия близкого окружения, критерии контроля динамики изменения личности учащихся, необходимое оборудование. Следует учитывать, что **игровая коррекция** применима для детей с социальным инфантилизмом, фобическими реакциями, нарушениями поведения и вредными привычками; **арттерапия** - для выхода агрессивности и негативных чувств у детей с актуальным стрессом, депрессиями, снижением эмоционального тонуса, наличием конфликтов в межличностных отношениях, с фобическими реакциями, низкой самооценкой; **музыкотерапия** - в коррекции двигательных и речевых расстройств, эмоциональных отклонений и отклонений в поведении, **библиотерапия** - в целях нормализации или оптимизации психического состояния клиента, разрешения конфликта; **танцевальная терапия** - для подростков с комплексом неполноценности в отношении своей внешности и эмоциональными расстройствами; **сочинение историй и сказок** - для предотвращения внутреннего беспокойства и снятия невротических реакций; **куклотерапия** - как метод коррекции дезадаптивного поведения, направленный против демонстративных оппозиционных поведенческих реакций школьников; **психогимнастика** - для коррекции познавательной и эмоционально-волевой сферы посредством «языка тела», методика семейного созвездия (Адлер А.) и дерефлексии (Франкл В.) в целях оптимизации детско-родительских отношений в семьях, где воспитываются дети с проблемами в развитии.

IV. На контрольно-результативном этапе подводятся итоги проведения разработанных автором программ и оцениваются результаты по субъективно переживаемым клиентами изменениям во внутреннем мире, по объективно регистрируемым (учителем, родителями, психологом) параметрам в поведенческой и личностной сферах, а также по степени устойчивости изменений.

В случае слабой результативности программы должны пересматриваться, корректироваться, вноситься дополнения с учетом особенностей личности клиента. После завершения коррекционной

программы очень важно поддерживать связь с детьми, с которыми проводилась психокоррекционная работа, с целью выяснения особенностей их поведения, мониторинга учебных достижений и выявления прежних или возникновения новых проблем в общении, поведении, развитии.

2.3.4. Классификация основных видов психокоррекции, их характеристика

В настоящее время в психологии существует несколько классификаций видов психокоррекции.

I. Выделяют два вида психокоррекции **по характеру направленности**: симптоматическую и каузальную.

- *Симптоматическая психокоррекция* - это кратковременное воздействие с целью снятия острых симптомов отклонений в развитии.

- *Каузальная психокоррекция* – это длительная, глубинная психокоррекция, направленная на устранение источника и причин отклонений. Известно, что одни и те же симптомы отклонений могут иметь разную природу, поэтому каузальный вид психокоррекции требует глубинного анализа первопричин отклонений.

II. Виды психокоррекции **по содержанию**:

- *психокоррекция познавательной сферы,*
- *психокоррекция личности,*
- *коррекция аффективно-волевой сферы,*
- *коррекция поведения,*
- *коррекция межличностных отношений;*
- *коррекция внутригрупповых отношений (семейных, коллективных, детско-родительских и т.д).*

III. Виды коррекции **по продолжительности**:

- *сверхкороткая коррекция* (в течение одного урока разрешение изолированных проблем и конфликтов),
- *короткая* (в течение нескольких уроков запуск процесса изменений);
- *длительная* (в течение одной-двух четвертей разрешение личностных проблем),
- *сверхдлительная* (несколько учебных лет работа с сознательной и бессознательной сферами).

IV. Виды коррекции **по форме работы с клиентом**:

- *индивидуальная;*
- *групповая.*

V. Виды коррекции **по характеру корригирующих воздействий**:

- *директивный и*
- *недирективный.*

VI. Виды коррекции *по масштабу решаемых задач*:

- *общая психокоррекция* – мероприятия общекоррекционного порядка, нормализующие специальную микросреду клиента, регулирующие психофизическую, эмоциональную нагрузки в соответствии с возрастными и индивидуальными возможностями, оптимизирующими процессы созревания психических свойств у личности, что само по себе может способствовать ликвидации психических нарушений и гармонизации личности в ходе дальнейшего развития;

- *частная психокоррекция* – набор психологических воздействий, представляющих собой адаптированные для детского и подросткового возраста психокоррекционные приемы и методики, используемые в работе со взрослыми, а также специально разработанные системы психокоррекционных мероприятий, основанных на ведущих для определенного возраста онтогенетических формах деятельности, уровнях общения, способах мышления и саморегуляции;

- *специальная психокоррекция* – это комплекс приемов, методик и организационных форм работы с клиентом или группой клиентов одного возраста, являющихся наиболее эффективными для достижения конкретных задач формирования личности, исправления отдельных ее свойств или психических функций, проявляющихся в отклоняющемся поведении и затрудненной адаптации (застенчивость, агрессивность, неуверенность, сверхнормативность или асоциальность, неумение действовать по правилам и удерживать взятую на себя роль, четко излагать свои мысли, боязливость, аутичность, склонность к стереотипии, конфликтность, завышенная самооценка). Специальная психокоррекция призвана исправлять последствия неправильного воспитания, нарушившего гармоническое развитие, социализацию личности (особенно это касается исправительных учреждений для несовершеннолетних, детских домов, коррекционных образовательных учреждений).

VII. Виды коррекции *по форме дизонтогенеза*:

- психокоррекция при психическом недоразвитии;
- психокоррекция при задержанном психическом развитии;
- психокоррекция при поврежденном психическом развитии;
- психокоррекция при дефицитарном развитии ребенка;
- психокоррекция при искаженном психическом развитии;
- психокоррекция при дисгармоничном психическом развитии.

VIII. Виды коррекции *в зависимости от коррекционных задач*:

- игровая психокоррекция;
- семейная психокоррекция;
- нейропсихологическая психокоррекция;
- коррекция личностного роста.

2.3.5. Основные направления коррекционной работы с клиентом

В психокоррекционной работе используются несколько направлений работы. Представим их краткую характеристику.

Классический психоанализ З. Фрейда выступает как помощь клиенту в выявлении неосознаваемых причин тягостных переживаний и болезненных проявлений. Аналитическая индивидуальная психокоррекция А. Адлера позволяет оказывать помощь клиенту в преодолении базисного чувства неполноценности и самореализации личности.

Клиент-центрированный подход К. Роджерса в качестве основной целевой установки опирается на оказание помощи клиенту в развитии способности предпринимать действия для приведения «Я»-реального в соответствие с личностным опытом и глубинными переживаниями. Данный подход служит источником стимулирования личностного роста и развития, разрешения внутриличностных проблем клиентов.

Логотерапия В. Франкла - это оказание помощи в обретении смысла жизни через творчество, эмоциональные переживания и сознательное принятие клиентом обстоятельств своей жизни.

Экзистенциальная коррекция (Д. Буженталь, С. Кьеркегор, А. Камю, А. Маслоу, Ж.П. Сартр) выступает как ориентация на осознание клиентом личностной свободы и ответственности.

Поведенческое направление в психокоррекционной работе (И.П. Павлов, Д. Вольпе, А. Лазарус, Э. Торндайк, Б. Скиннер, Д. Уотсон) способствует выработке нового адаптивного поведения, формированию социальных умений, овладению приемами саморегуляции, преодолению вредных привычек, снятию стресса, избеганию эмоциональных травм.

Когнитивно-аналитическое направление (Д. Келли, Ж. Пиаже, А. Риле) используется для исправления ошибочной информации, помощи клиентам в изменении убеждений, поддерживающих неадаптивное поведение и неадаптивные эмоции.

Рационально-эмотивная коррекция А. Эллиса помогает в оказании помощи в пересмотре убеждений, норм и представлений (частной формой данного направления коррекции является освобождение от идеи самообвинения).

Когнитивный подход А. Бека важен для освобождения от неприятия себя и негативного взгляда на мир и свое будущее.

Реальностная терапия У. Глассера значима в развитии рассудительности, эмоциональной устойчивости, способности оценивать свои действия и планы в соответствии с ценностями личности.

Трансактный анализ Э. Берна выступает как освобождение от навязанных программ поведения, определение судьбы, помощь в налаживании отношений с окружающими, принятие ответственности за свои чувства.

Гештальттерапия и коррекция Ф. Перлза оказывает помощь в обнаружении психологических блоков, препятствий к росту личности и устранение их.

2.3.6. Общая характеристика методов психокоррекционной работы

Методы психокоррекции - способы оказания психологической помощи в исправлении познавательной, мотивационной, поведенческой сфер личности клиента.

К методам психокоррекции относят музыкотерапию, танцетерапию, хореотерапию, библиотерапию, сказкотерапию, игротерапию, куклотерапию, арттерапию, сочинение историй, холдинг-метод М. Вельш, имаго-метод И.Е. Вольперта, психогимнастику. *Холдинг-метод М. Вельш* (активно использовала О.С. Никольская) - это насильственное удержание матерью аутичного ребенка. Роль данного метода велика вследствие позитивного влияния на эмоциональное и тонизирующее воздействие на ребенка. Первые 3-4 ежедневных сеанса проводятся двумя взрослыми под наблюдением психолога, а по мере изживания сопротивления ребенка ему на смену приходит совместная игра, пение, чтение стихов и сказок

Имаго-метод И.Е. Вольперта значим как способ направленного обучения адекватному реагированию в трудных жизненных ситуациях, мобилизации собственного жизненного опыта. К коррекционным способам, используемым в имаготерапии, относят отвлечение, убеждение, разъяснение, внушение, имитационное поведение, эмоциональную поддержку, обучение новым способам поведения. Клиент ежедневно по два часа воспроизводит в поведении образ своего «Я» таким, каким он хотел бы быть, постепенно желаемый образ превращается в привычный поведенческий стереотип.

Кроме того, в каждом направлении встречаются психотехники, позволяющие осуществлять разные виды психокоррекции. Они зависят от направления коррекционной работы и общих целевых установок.

Психоанализ Фрейда

- Цель психокоррекции – выявить вытесненные из сознания в бессознательное импульсы, заполнить провалы в памяти, скорректировать отдельные формы поведения, продиктованные механизмами психологической защиты. Психокорректор помогает клиентам пройти через заблокированные памятью стадии развития; научиться справляться с трудностями и адаптироваться, способствует переносу и исследованию бессознательного.

Техники коррекционного воздействия на клиента:

- метод свободных ассоциаций;
- анализ сновидений как выхода информации из подсознания о прошлом;

- анализ переноса;
- анализ сопротивления;
- интерпретация опыта.

Индивидуальная психология Адлера

Целью коррекционной работы является сверхкомпенсация комплекса неполноценности, формирование здоровой личности - личности, которая имеет социальное личностное чувство (принадлежность к дому, вере, общности, человечность, оптимизм); социально-ориентированное поведение (помощь, участие, кооперация, эмпатия, реформирование, уважительность) и когнитивные допущения, ориентированные на социум («Мои права и обязанности равны правам и обязанностям других», «Мои личные цели достигнуты во благо общества», «Я полагаю, что к другим стоит обращаться так же, как я бы хотел, чтобы они обращались ко мне») преодоление ошибок в «картине мира»: недоверия, себялюбия, нереалистических амбиций, недостатка уверенности.

Психотехники:

- создание атмосферы поддержки, проявление искреннего интереса; демонстрация веры в возможности и способности человека;
- активное слушание;
- анализ личностной динамики с помощью опросника «Семейного созвездия», набора вопросов «Раннее воспоминание»; анализа сновидений как репетиции будущих действий; выявления и осознания приоритетов (превосходства, контроля, комфорта, желания быть приятным, подведение итогов, нахождение главных ошибок);
- подбадривание – признание личного мужества клиента, его духовных сил и свободы выбора в поступках на основе приобретенного самопознания;
- поощрение инсайта – создание условий для инсайта (озарения) с последующей интерпретацией (намекы, подсказки и предположения);
- помощь в переориентации – воплощение инсайта в действие с помощью техник антисуггестии (парадоксальной интенции) - многократное преувеличение нежелательной активности; навязчивого движения, действия «Если бы...» - изыскание возможностей компенсации неадекватных чувств, установок, действий на протяжении определенного времени и не только в ситуации непосредственного взаимодействия с психологом, методика «Поймай себя» - отслеживание клиентом деструктивного поведения с чувством юмора, не впадая в самообвинения, «нажатие кнопки» - фокусировка на приятных или неприятных эмоциях, включением и выключением их мысленным нажатием соответствующей кнопки, «избегание плакунчика» - уход от привычной пессимистической позиции: «Меня никто не любит», «плевок в суп» - разрушение ценности определенного типа поведения клиента, вызывающего осложнения при

взаимодействии с социумом; «владение собой» - распознавание клиентом саморазрушительных действий или мыслей;

➤ упор на пробуждение у клиента достоинства и ответственности через конфронтацию, исследование воспоминаний, сновидений и приоритетов клиента.

Трансактный анализ

Целями психокоррекции является поддержка клиентом самого себя, поддержание контакта с собственными чувствами и экзистенциальным центром, самоактуализация, развитие ответственности, способности делать свободный выбор, а также формировать и завершать сильные гештальты. методики осознания, симпатии и фрустрации;

Цель участников психокоррекционной группы состоит в том, чтобы научиться сознавать то состояние Я, в котором они преимущественно действуют. Чтобы развить эту способность сознавать состояния Я, члены группы обычно изучают свои первые планы, поручения, полученные от своих родителей, и свои предыдущие решения, касающиеся личной ценности и позиции в жизни. Сценарии представляют собой подсознательные жизненные планы, с помощью которых люди структурируют свое время и определяют свои судьбы.

Психотехники в трансактном анализе:

- терапевтические контракты, их специфичность и конкретность;
- дознание;
- уточнение;
- конфронтация;
- иллюстрация;
- кристаллизация;
- концентрация на ранних воспоминаниях клиента;
- анализ структуры личности;
- комбинирование с методами гештальт-терапии упражнения включают фрустрационные действия (вызывание гнева);
- фантазирование (игра «Заброшенный магазин», идентификация с оставленным товаром части своего «Я»);
- ролевые игры: «репетиция» (осознание собственных стереотипов, использование новых идей), «у меня есть тайна» (исследование чувства стыда или вины);
- психодрама;
- эксперимент строится на взаимодействии клиента и консультанта и предполагает преувеличение телесных, вокальных движений для развития самосознания;
- применяется работа над содержанием сновидений, сновидения рассматриваются как знаки для отражения положения человека в настоящее время (просят побыть частью сна);

- техники «пустого стула» и диссоциированного диалога (разговор со стулом как частью себя, например, с частью себя, отвечающей за возникновение страха, агрессии и т.д.);
- конфронтация – указание на неконгруэнтность мыслей и чувств клиента;
- работа в группе;
- гиперболизация;
- принятие ответственности, техника «Большой пес» (олицетворение обязанностей, требований, оценки) и «щенок» (пассивно-оборонительная позиция с уловками, оговорками, оправданиями без агрессии);
- техника «Наоборот» (игра несвойственного клиенту поведения).

Бихевиоризм

Цель и задачи: помогает клиенту лучше приспособиться, изменить недостаточно адаптивное поведение, обучает продуктивным реакциям; позволяет устанавливать конкретные цели и подцели и достигать их; изменяет мышление, устраняет дефицит в поведенческих репертуарах; ослабляет или устраняет неадекватное поведение; устраняет изнурительные реакции тревоги; развивает способности расслабляться; развивает способность самоутверждаться; развивает эффективные социальные навыки; позволяет достичь адекватного сексуального функционирования; развивает способность к саморегулированию.

Психотехники:

- использование подкрепления (первичного и вторичного, позитивного и негативного, непрерывного и прерывающегося);
- систематическая десенсибилизация - обучение глубокому мышечному расслаблению, выстраивание иерархии стимулов, вызывающих тревогу, предложение клиенту вообразить, пребывая в состоянии релаксации;
- обусловливание (классическое Павловское научение благодаря подкрепляющему сочетанию стимулов; оперантное Скиннеровское научение происходит путем выбора стимулов, сопровождается положительным подкреплением);
- шейпинг – создание условий, благоприятствующих реализации цепочке шагов, овладение которыми приводит к усвоению программы поведения;
- положительное подкрепление;
- моделирование;
- обмен услугами;
- затухание снижение реакции за счет ослабления стимула (стимул дальше, тише);
- самонаблюдение;

- наказание (например, авersiveный метод - слабый удар током - в связи с нежелательным поведением в сочетании со специальной программой подкрепления);
- планирование окружения;
- систематическая десенсибилизация;
- техники «взрыва» и «погружения»;
- таймауты – удаление и лишение позитивного подкрепления;
- сверхкоррекция – наведение порядка, извинение и принятие ответственности за нарушаемые ранее нормы;
- «скилл-терапия» - имитация поведения;
- приостановка мышления;
- метод «наводнения», или «импловизивная терапия, – многократное повторение тревожащих сцен (встреча лицом к лицу с тревожащими кошмарами) с целью снижения их «потенциальной тревожности».

Экзистенциальное направление в психокоррекционной работе

Цель и задачи: помогает клиентам осознавать свою ответственность, свободу и потенциал; отход от внешней системы координат.

Психотехники:

- открытость консультанта и заинтересованность в познании;
- признание уникальности клиента;
- акцент на отношениях;
- преодоление неопределенности;
- конфронтация;
- заимствование других «работающих» активных методов, таких, как методы, активизирующие воображение и понимание;
- метод дерефлексии – снятие излишнего самоконтроля;
- метод парадоксальной интенции – психолог вдохновляет клиента на то, чего он старается избежать (борьба со страхами);
- персональное осмысление жизни по Франклу – осознание нужности и полезности;
- «сократовский диалог» - коррекция непоследовательных, противоречивых и бездоказательных суждений клиента.

2.3.7. Психогимнастика как метод психокоррекционной работы

Психогимнастика – это метод, который позволяет участникам проявить себя и общаться без помощи слов. В узком смысле, это этюд, упражнение, в широком – курс специальных занятий, направленных на развитие и коррекцию различных сторон психики человека как

познавательной, так и эмоционально-личностной сферы. Это метод реконструктивной психокоррекции, цель которого познание и изменение личности клиента.

Включает подготовительную, пантомимическую и заключительную часть.

Задачи подготовительной части:

- уменьшить напряжение участников группы;
- снятие запретов, страхов;
- развитие внимания;
- развитие чувствительности и собственной двигательной активности, активности других людей;
- сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы;
- формирование способности выражать свои чувства, эмоциональные состояния, проблемы без слов и понимать вербальное поведение других людей.

Упражнения, направленные на развитие внимания: «гимнастика с запаздыванием», «передача ритма по кругу», «передача движения по кругу», «зеркало».

Упражнения, направленные на снятие напряжения: «Я иду по воде», «Спешу на работу», «Плаваю».

Упражнения на снятие эмоциональной дистанции: «Сесть на стул, занятый другим», «Разжатие кулака», «Успокоить обиженного», «Передача и понимание чувства», «Разговор через толстое стекло».

Пантомимическая часть: упражнения: «Преодоление трудностей», «Запретный плод», «Моя семья», «Скульптор», «Моя группа», «Тема «Я», «Привычные ситуации», «Сказка».

Заключительная часть: снятие напряжения, которые могли возникнуть по ходу пантомимической части, с помощью бега, ходьбы, танца.

Психогимнастика неопределима в коррекции познавательной и эмоционально-волевой сферы посредством «языка тела». Темы, чаще всего используемые в психогимнастике, – преодоление трудностей, запретный плод (при расхождении желаний с внешними и внутренними нормами), скульптор (член группы в роли скульптора придает участникам группы позы, отражающие их особенности и конфликты), моя группа (выражение чувств членов группы путем их физической расстановки в соответствии с эмоциональной близостью), привычные жизненные ситуации (просьбы, требования, ссоры, опоздания); тема «Я» («Какой я есть?», «Каким бы хотел быть?», «Моя семья»); сказка (изображения действий в роли волшебников). Психогимнастика Г. Юновой такова: каждое занятие включает ритмику, пантомимику, коллективные игры, танцы и состоит из фаз снятия напряжения, пантомимической и заключительной. Психогимнастика М.И. Чистяковой для дошкольников и младших школьников представляет собой курс из 20 занятий общей длительностью около 3-х месяцев с частотой встреч два занятия в неделю

от 25 мин до 1ч30 мин. Схема занятий: мимические и пантомимические этюды, этапы и игры, направленные на выражение отдельных свойств личности и эмоций; этюды и игры, имитирующие терапевтическую направленность на определенного ребенка или группу в целом, фазы психомышечной тренировки, в группе 6 дошкольников и от 3 до 8 младших школьников. Полностью занятие заканчивается обучением детей саморегуляции и их успокоением.

2.3.8. Игротерапия в коррекционной работе психолога

Игровая коррекция (М. Кляйн, А. Фрейд, Г. Гуг-Гельмут) выступает как способ создания близких отношений между участниками группы и играет важную роль в снятии напряженности, тревоги, страха перед окружающими, повышении самооценки у детей с социальным инфантилизмом, фобическими реакциями, нарушениями поведения и вредными привычками. В отечественной психологии к игре обращались Л. Абрамян (о перевоплощении как перестройке эмоциональной личностной сферы), А. Варга, И. Выгодская, А. Захаров (перенос отрицательных эмоций и качеств ребенка на игровой образ), А. Спиваковская (выведение ребенка из условий, в которых проявились нежелательные формы поведения) и др.

Виды игротерапии:

- недирективная (ненаправленная);
- директивная (направляемая).

Цель игровой терапии – дать ребенку возможность быть самим собой, предоставив оптимальные условия для его развития. Игра двупланова: играющие выполняют реальную деятельность, и ряд моментов деятельности носит условный характер. Психолог создает атмосферу принятия ребенка, оказывает ему эмоциональное сопереживание, отражает и вербализует его чувства и переживания в максимально точной и понятной форме, обеспечивает условия, актуализирующие переживания ребенком чувства достижения собственного достоинства и самоуважения.

В основе игровой терапии, центрированной на интересах ребенка лежит представление о спонтанности его психического развития, обладающего внутренними источниками саморазвития и потенциальными возможностями самостоятельного разрешения без личностного роста.

Основная **задача коррекции** состоит в создании или восстановлении значимых отношений между ребенком и взрослым с целью оптимизации личностного роста и развития.

Задачи коррекции:

- расширение репертуара форм самовыражения ребенка;
- оптимизация коммуникаций в системе отношений «ребенок-взрослый»;
- повышение уровня социальной компетентности ребенка в его взаимодействии со сверстниками;

- развитие способности эмоциональной саморегуляции и достижение эмоциональной устойчивости за счет осознания ребенком с помощью взрослого своих эмоций, чувств и переживаний;

- оптимизация развития «Я-концепции»;

- повышение степени самопринятия и формирование чувства «Я».

В игровой комнате могут находиться три класса игрушек:

- игрушки из реальной жизни;

- игрушки, помогающие отреагировать агрессию;

- игрушки для творческого самовыражения и ослабления эмоций.

Психолог-игровой психокорректор должен быть:

- объективным, чтобы позволить ребенку быть самостоятельной личностью;

- гибким, чтобы принять любые неожиданности и адаптироваться к ним;

- ориентироваться на то, чтобы спонтанно принять что-то новое;

- признавать любого ребенка безусловной ценностью;

- не оценивать ребенка;

- уметь отключаться от мира собственной реальности и вчувствоваться в реальность ребенка;

- никогда не упоминать о прошлых сеансах, так как ребенок находится в ином временном измерении сегодня.

Игровая терапия может проходить в двух формах: индивидуальной и групповой.

Функции игротерапии (по Захарову):

- диагностическая;

- терапевтическая;

- обучающая.

По Захарову процесс игры складывается из 4 этапов:

1) объединение детей в группу;

2) рассказы (сочиняются дома и по очереди рассказываются в группе);

3) игра на тему, предлагаемую детьми и терапевтом (по мере работы игры меняются от терапевтических к обучающим);

4) обсуждение.

2.3.9. Сказкотерапия и куклотерапия как метод психокоррекционного воздействия на клиента

Сказкотерапия – метод, используемый в сказочной форме для интеграции личности, развития творческих способностей, расширения сознания, совершенствования взаимодействий с окружающим миром. (Э. Фромм, Э. Берн, Э. Гарднер, А. Менегетти, М. Осорина, Е. Лисина, Т. Зинкевич-Евстигнеева и др.).

Сказкотерапия основывается на использовании в работе сказок как метафор, притч, нравоучений и сопровождается проигрыванием эпизодов, обсуждением поведения и мотивов действий персонажа, рисование по мотивам сказки, творческую работу со сказкой.

Коррекционные функции сказки:

- психологическая подготовка к напряженным эмоциональным ситуациям;
- символическое отреагирование физиологических и эмоциональных стрессов;
- принятие в символической форме своей физической активности.

Способы работы со сказкой:

- использование сказки как метафоры;
- рисование по мотивам сказки;
- обсуждение поведения и мотивов действий персонажа;
- проигрывание эпизодов сказки;
- использование сказки как притчи-нравоучения;
- творческая работа по мотивам сказки (дописывание, переписывание, работа со сказкой, сочинение сказок).

Виды сказок:

- традиционные (народные): бытовые, сказки-загадки, сказки-басни, притчи, сказки о животных, мифологические сюжеты и
- авторские.

Положительное значение сказкотерапии:

- отсутствие в сказке прямых назиданий;
- усваивание ребенком причинно-следственных событий, существующих в мире;
- соприкосновение с жизненным опытом предшествующих поколений;
- постановка читателя перед ситуацией выбора: борьбы добра со злом, взаимопомощи, любви;
- психологическая защищенность читателя в силу окончательной победы добра, обеспечивающая оптимальный настрой читателя;
- отсутствие заданности в имени главного героя и события;
- ореол тайны и волшебства, интригующий сюжет.

На сегодняшний день широко используются в психокоррекционной работе авторские программы Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой и И.В. Вачкова.

Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева предлагает следующие этапы работы: анализ сказок; рассказывание сказок; переписывание сказок; сочинение сказок; постановку сказок с помощью куклы. В рамках последнего этапа сказкотерапия тесно соединяется с куклотерапией.

Куклотерапия как метод основан на процессах идентификации клиента с любимым героем сказки, мультфильма, с любимой детской игрушкой (Филипп Зимбардо, И.Г. Выгодская, А.И. Захаров, А. Спиваковская). Куклотерапия выступает как метод коррекции интра- и интерперсональных конфликтов, улучшения социальной адаптации,

исправления дезадаптивного поведения, борьбы с демонстративными оппозиционными реакциями школьников «группы риска», преодоления страхов, заикания, для работы с детьми, имеющими эмоциональные травмы.

Данный метод включает разыгрывание на куклах типичных конфликтных ситуаций, включение в куклотерапию ровесников, родителей, педагогов. В качестве основного приема коррекционного воздействия используется кукла как промежуточный объект взаимодействия клиента и психолога (либо субъекта, организующего сеанс куклотерапии). Кукла в детстве является основным объектом проекции социального опыта ребенка. Процесс психотерапии включает два этапа: изготовление кукол и использование их для отреагирования значимых эмоциональных состояний. По мере разворачивания сюжета эмоциональное напряжение ребенка нарастает и, достигнув максимальной выраженности, сменяется бурными поведенческими эмоциональными реакциями (плач, смех) и снятием нервно-психического напряжения. Куклотерапия позволяет объединить интересы клиента и коррекционные задачи психолога, дает возможность естественного и безболезненного вмешательства психолога в психическую деятельность клиента с целью ее коррекции и психопрофилактики. На куклах разыгрываются типичные конфликтные ситуации из жизни. К данному методу могут привлекаться родители, дети, учителя и другие лица из социального окружения.

В куклотерапии используют такие варианты кукол, как:

- *куклы-марионетки* (состоит из платья с вшитыми рукавами и головы с одним или несколькими сменными лицами, эмоциональное выражение которых можно моделировать, а также нитями для управления частями тела, используется в целях адекватного телесного выражения эмоций, чувств, выработки ответственности за оживленные «действия» куклы, совершенствования тонкой моторики руки и общей координации движений клиента);

- *пальчиковые куклы* (шарики от пинг-понга, скорлупки от яиц с нарисованными различными выражениями лиц);

- *теневые куклы* (из черного картона для работы с детскими страхами, материализуя их в теневом театре и управляя ими);

- *веревочные куклы* (из веревки собирается контур куклы, размеры которой могут достигать роста ребенка, за петельку голова куклы пристегивается к рубашке, а палец продевается в петлю на ладошках куклы, что позволяет имитировать движение куклы в унисон с собственными движениями, используется для проработки проблем идентификации, общения, повышенной тревожности);

- *плоскостные куклы* (изготавливаются из плотного картона или тонкой фанеры, имеют сменный набор выражений лиц, которые соответствуют различным эмоциональным состояниям, а руки часто крепятся на шарнирах или на кнопках и являются свободно

двигающимися, предназначены для работы с клиентами с нарушением образа «Я», проблемами в общении и поведении);

- *перчаточные куклы* (для детских кукольных театров, различных инсценировок, изображений сказок);

- *объемные куклы* (в рост человека для проигрывания ролевых игр).

Занятие по сказкотерапии в коррекции страхов, негативных эмоциональных переживаний, жизненных сценариев, коммуникативных проблем проходит по следующему плану:

- разогрев (называние двух персонажей и сочинение сказки про них, игры);

- любимая сказка (составление списка);

- нелюбимая сказка (то же);

- осуждение проблемы в кругу, почему данная сказка любима и наоборот;

- постановка «любимой-нелюбимой сказки» с последующим обсуждением и вопросами, выходящими за рамки сказочного сюжета;

- деролинг;

- анализ от себя.

2.3.10. Арттерапия в работе специального психолога

Арттерапия возникла в теоретическом плане в контексте теоретических идей З. Фрейда, К.Г. Юнга, К. Роджерса, А. Маслоу, а в практическом - в 30-е гг. XX века как попытка коррекции эмоционально-личностных проблем детей-эмигрантов и детей, испытавших стресс в концлагерях, туберкулезных больных (Адриан Хилл).

Арттерапия (от корня art- искусство), или терапия искусством представляет психологическое воздействие через искусство и средствами искусства. Это метод базируется на использовании искусства как символической деятельности и на стимулировании креативных творческих процессов. Наиболее известными и эффективными принято считать такие виды арттерапии, как собственно арттерапия (рисуночная терапия и терапия, основанная на изобразительном искусстве), музыкальная терапия, библиотерапия, танцевальная терапия, терапия киноискусством.

Основывается на развитии двух базовых психологических способностей человека: символической функции мышления и воображения и творческих процессов самовыражения, формирования направленности на поиск новых, нестандартных решений проблем.

Арттерапия значима в проработке подавленных мыслей и чувств, повышения самооценки, в работе с агрессивными детьми и детьми с негативными чувствами.

Цель арттерапии – гармонизация развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. По Фрейду, коррекционное воздействие арттерапии происходит через механизм сублимации, по Юнгу – через искусство (легенды, мифы), а в целом *психоанализ* предполагает

установление баланса между бессознательным и сознательным «Я». Техника арттерапевтического воздействия – техника активного воображения с целью примирения бессознательного и сознания.

Представители гуманистического направления связывают коррекционные возможности психотерапии с предоставлением клиенту неограниченных возможностей для самореализации.

Дети с актуальным стрессом, депрессиями, снижением эмоционального тонуса, наличием конфликтов в межличностных отношениях, с фобическими реакциями, низкой самооценкой выступают участниками арттерапии.

В основе коррекционного воздействия метода арттерапии лежат пять основных психологических механизмов:

1) механизм символического реконструирования (позволяет личности в символической форме воссоздать конфликтную психотравмирующую ситуацию и найти ее разрешение через переструктурирование проблемы через художественный язык искусства (рисование страхов и способов их преодоления с последующим анализом);

2) механизм «отстранения» (В. Шкловский) – выделение в объекте редких значений благодаря включению в новый контекст, высвобождая из повседневного функционирования (например, исполнение танца и выявление мышечных зажимов);

3) механизм эмоциональной децентрации (П.Я. Гальперин) – возможность личности увидеть проблему со стороны глазами всех участников коррекционной группы, выход за пределы «сужения поля ориентировки» и эмоциональной «связанности»;

4) механизм катарсиса (Л.С. Выготский) - высокий уровень эмоционального отреагирования, обеспечивающий изменение, основанное на искусстве состояния от мучительного к приносящему наслаждение (стихи о трагичной любви);

5) механизм присвоения социально-нормативных личностных смыслов (А.Н. Леонтьев) – восстановление коммуникации с миром, обретение понимания в межличностных отношениях, общении, серьезный шаг в межличностном росте и самопознании.

Мотивы, пробуждающие продуктивное творчество в арттерапии: мотив эмоциональной экспрессии, мотив, реализующий потребности в самопознании, мотив общения, мотив познания мира, мотив социального одобрения.

Роль *музыкотерапии* в коррекции двигательных и речевых расстройств, эмоциональных отклонений и отклонений в поведении трудно переоценить.

Библиотерапия приобретает важное значение в целях нормализации или оптимизации психического состояния клиента, разрешения конфликта.

Танцевальная терапия влияет на принятие своего физического облика и на преодоление эмоциональных расстройств, комплекса неполноценности у подростков и создание позитивного образа своего тела.

Сочинение историй известно как способ предотвращения внутреннего беспокойства и снятия невротических реакций.

В изобразительной деятельности выделяют четыре типа изображений: каракули, схемы, полусхемы – стереотипные изображения, пиктограммы – схемы, отражающие индивидуальные переживания, художественные образы (Э. Крамер). Каждый рисунок обладает ценностью независимо от его качества. Используются задания: «Автопортрет», «Нарисуй несуществующее животное», «Я-идеальный», «Я-реальный», «Свободное рисование», «Сны и фантазии», «Первые воспоминания», «Волшебный мир»; проблемно-ориентированное рисование («Я в школе»), рисование чувств (образно-символический тип). К заданиям на совместную деятельность можно отнести «Диалог в рисовании» (попарное рисование), «Совместное рисование», «Завершение рисунка группой», «Портреты членов группы», «Портрет совместными усилиями».)

Арттерапия создает условия для развития произвольности и способности к саморегуляции; для осознания ребенком своих чувств, переживаний и эмоциональных состояний; облегчает процесс коммуникации для замкнутых, стеснительных или слабо ориентированных на сверстников детей; существенно повышает личностную ценность, содействует формированию позитивной Я-концепции и повышению уверенности в себе за счет социального признания ценности продукта, созданного ребенком.

Индивидуальная и групповая психокоррекция как формы работы с клиентом

Показаниями индивидуальной психокоррекционной работы являются проблемы индивидуального плана, категорический отказ от работы в группе, использование сильных методов воздействия, которые требуют постоянного индивидуального контроля, сильная тревожность, сильная заторможенность, неуверенность в себе, необоснованные страхи, несформированность социальной потребности в общении, актуальное стрессовое состояние, явное асоциальное поведение, детская ревность по отношению к сиблингам, переносимая на членов группы, ускоренное сексуальное развитие, утрата смысла и цели жизни. Основными способами воздействия на клиента в индивидуальной психокоррекции выступают убеждение и внушение.

Психологические особенности индивидуальной психокоррекции – это заключение контракта между клиентом и психологом, исследование проблем клиента, поиск способов решения проблем, формирование психологом коррекционных программ и обсуждение ее с клиентом, реализация намеченной программы в соответствии с заключенным контрактом, оценка эффективности проведенной работы как основные стадии индивидуальной психологической коррекции.

Специфика групповой формы психокоррекции (термин введен Д. Морено, работа продолжена К. Роджерсом, К. Левиным, И. Яломом, С. Кратохвилем) заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, то есть всей совокупности взаимоотношений, взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и психолога, в коррекционных целях. Показания к групповой психокоррекции: трудности коммуникации (низкий уровень коммуникативной компетентности, несформированность коммуникативных действий и операций, неумение согласовывать свои действия с партнерами, отсутствие адекватных способов разрешения конфликтных ситуаций, необщительность, замкнутость при условии сформированности потребности в общении, социальная изолированность, низкий социометрический статус), социальный инфантилизм, трудности произвольной регуляции ребенком поведения и деятельности, нарушения поведения, трудности эмоционального развития, трудности личностного развития, фобические реакции.

Психокоррекционная группа – это искусственно созданная малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностно научения, самораскрытия. Особенности комплектования группы: возрастной и половой состав группы, профессиональный состав группы, размер группы в количестве 25-30 человек – большие группы и 8-12 человек – малые группы, частота и длительность встреч – кратковременная – 1-6 месяцев и долговременная – несколько лет по 3-4 занятия в неделю по 60-90 мин (максимум 30-70 встреч), подготовка к групповой коррекции. При этом психолог руководствуется принципами добровольности и информированности. В групповой психокоррекции формируются самопонимание (когнитивный аспект), отношение к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект). Принципы работы группы – соблюдение строгого распорядка групповых занятий, открытость и искренность, конфиденциальность, активность, познание и изменение себя, умение слушать других и рефлексировать.

Фазы развития группы: ориентация и зависимость; конфликт и протест; развитие связей и сотрудничество; целенаправленная деятельность. Виды коррекционных групп: тренинговые группы, группы встреч, гештальтгруппы, группы умений, телесно-ориентированные группы. Групповая дискуссия - основной метод групповой работы.

Список литературы

Ермолаева М.В. Психология развивающей и коррекционной работы с дошкольниками. М., 1998.

Истратова О.Н. Справочник по групповой психокоррекции Ростов н /Д, 2008.

Карабанова О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка. М., 1997.

Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. М., 2000.

Лидерс А.Г. Психологический тренинг с подростками: учеб. пособ. для студентов высш. учеб. заведений. М., 2001.

- Лютова Е.К., Монина Г.Б.* Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. СПб., 2001.
- Мамайчук И.И.* Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001.
- Мамайчук И.И.* Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб., 2003.
- Осипова А.А.* Общая психокоррекция. М., 2000.
- Психогимнастика в тренинге / под ред. Хрящевой Н.Ю. СПб., 2001.
- Ромек В.Г.* Тренинг уверенности в межличностных отношениях. СПб., 2005.
- Рудестам К.* Групповая психотерапия. СПб., 1998.
- Старшенбаум Г.В.* Психотерапия в группе. М., 2005.
- Турнер Д.* Ролевые игры: Практическое руководство. СПб., 2002.
- Фопель К.* Психологические группы. Рабочие материалы для ведущего. М., 2001.
- Чистякова М.И.* Психогимнастика / под ред. М.И. Буянова. М., 1995.
- Ялом И.* Групповая психотерапия: теория и практика. М., 2001.

2.3.11. Применение тренингов в коррекционно-развивающей работе с подростками

Коррекционно-развивающая работа в средней школе может проходить в виде социально-психологических тренингов. Одним из основных принципов коррекционной работы является соотношение представленности работы по принципу «снизу вверх» и принципу «сверху вниз». Именно в средней школе в предподростковом и тем более подростковом возрасте в значительной степени превалирует работа по принципу «сверху вниз» как основа так называемых активных методов групповой работы. Очевидно, что, уже начиная со средней школы, эффективность истинно коррекционной работы в значительной степени снижается, уступая место тренинговым занятиям. Это характерно и для детей, находящихся в системе специального образования. Диапазон возможных коррекционных воздействий психолога в средней школе значительно сужается. В то же время подобная тренинговая работа всегда рассматривалась как неотъемлемая часть психокоррекционной работы.

Социально-психологический тренинг можно рассматривать как психологическое воздействие, основанное на активных методах групповой работы. Это форма специально организованного общения, в ходе которого решаются вопросы развития личности, формирования коммуникативных навыков, оказания психологической помощи и поддержки, позволяющие снимать стереотипы и решать личностные проблемы участников. Во время занятий у подростков происходит смена внутренних установок, появляется опыт позитивного отношения к себе и окружающим людям. Они становятся более компетентными в сфере общения.

Помощь других, внимание и поддержка, которые получает подросток, увеличивают диапазон его возможностей. Он учится активно пробовать различные стили общения, усваивать новые, ранее ему несвойственные коммуникативные умения и навыки. Самое главное —

учиться доверять людям. Подобные занятия служат подготовкой к более активной и полноценной жизни в социуме.

Основную задачу группы социально-психологического тренинга следует рассматривать в контексте помощи каждому участнику выразить себя индивидуальными средствами. Первым этапом этого пути — получить умения воспринимать и понимать себя.

Общие цели социально-психологического тренинга, по мнению Р.В. Овчаровой, способствуют развитию личности в целом в следующих направлениях:

- повышении социально-психологической компетентности участников, развитии их способности активно взаимодействовать с окружающими;
- формировании активной социальной позиции подростков, развитии их способности производить значимые изменения в своей жизни и жизни окружающих людей;
- повышении общего уровня психологической культуры.

Общие цели тренинга реализуются в частных задачах:

- овладение определенными социально-психологическими знаниями;
- развитие способности адекватного и наиболее полного познания себя и других;
- снятие коммуникативных барьеров;
- овладение индивидуализированными приемами межличностного взаимодействия.

Можно выделить следующие основополагающие принципы тренинговой работы, такие как:

- диалогизацию взаимодействия, равноправное полноценное межличностное общение, основанное на доверии и взаимоуважении участников;
- постоянную обратную связь — непрерывное получение участником информации от других членов группы, анализирующих результаты его действий;
- самодиагностику, способствующую самораскрытию участников, осознанию и формулированию ими собственных личностно значимых проблем;
- работу с собственным телом, тем более важный прием, так как у подростков, обучающихся в специальных (коррекционных) учреждениях различного вида, уровень осознания своего тела, владения схемой тела сформирован недостаточно.
- оптимизацию развития - констатацию определенного психологического состояния отдельных участников и группы в целом и создание условий для их развития;

- гармонизацию взаимодействия интеллектуальной и эмоциональной сфер - сочетание эмоционального напряжения и постоянной рефлексии переживаний;
- добровольное участие в тренинге, его отдельных занятиях и упражнениях, предполагающее личную заинтересованность подростка;
- постоянный состав группы, способствующий групповой динамике и самораскрытию подростков;
- погружение, требующее достаточной продолжительности каждого занятия;
- относительную пространственную изолированность группы, обеспечивающую конфиденциальность занятий;
- достаточное пространство, создающее возможность свободного передвижения, работы в микрогруппах.

Считается, что в целом успешность работы с подростками является своеобразным индикатором профессиональной компетентности психолога.

Подготовленность психолога к проведению тренинга дает не только знакомство с теоретическими основами разнообразных тренинговых методов, но и обязательно личный опыт многократного участия в психологических тренингах разных типов, а также ведения групп хотя бы в роли ассистента.

Важно также желание учащихся стать членами тренинговой группы. Добровольность участия является необходимым профессионально-этическим требованием. Поэтому, приглашая на тренинг потенциальных участников, психолог должен доступно объяснить цели такой работы и ее формы, сформировать у них мотивацию к этой деятельности. Нельзя требовать от учащихся обязательной явки на тренинговые занятия. Для детей до 14 лет необходимо разрешение родителей на участие в тренинге.

Перед началом занятий психолог должен подготовить программу психологического тренинга. Разработанную психологом программу следует обсудить с более опытными коллегами, методическим советом по психологии или администрацией школы.

Отечественный психолог И.В. Вачков предлагает примерную структуру программы психологического тренинга в школе:

- название программы и имя разработчика;
- пояснительная записка (обозначаются цель и задачи, обосновывается содержание программы и используемые методы, раскрываются основные теоретические положения, указываются организационные условия проведения занятий и общее количество часов);
- тематический план занятий (номера и названия тем, примерное количество занятий и часов);
- структура занятий (выделяются и кратко описываются этапы каждого занятия);

- содержание тренинга (это основная часть программы; представляются сценарные планы всех занятий с достаточно подробным описанием используемых упражнений, игр, психотехник и т.п.);
- список используемой литературы.

Для облегчения проведения анализа проведенной программы представляется целесообразной фиксация впечатлений и замечаний в течение всего периода ее реализации.

Подводя итоги каждого проведенного тренингового занятия, нужно использовать какую-либо схему, бланк, регулярное заполнение которого позволит ведущему накапливать важный и интересный материал, который пригодится, помимо итогового анализа, для составления аналитических справок и отчетов.

2.3.12. Психокоррекция депрессивных проявлений у подростков

Начало третьего тысячелетия заявило о себе глобальными преобразованиями во всех сферах жизни. Процессы мирового экономического кризиса, переживаемые современной Россией, вызвали ряд существенных не только социально-экономических, но и психологических, а также духовно-нравственных изменений. Разрушение старых и поиски новых ценностных ориентиров, организационных структур, моделей личностных, деловых и семейных взаимоотношений часто оказываются безрезультатными и вызывают у человека стойкие стрессовые явления, что в итоге приводит к депрессии.

В настоящее время широкая распространенность различных депрессивных проявлений делает эту проблему, пожалуй, одной из самых актуальных и требующих экстренного рассмотрения. По данным Всемирной организации здравоохранения на сегодняшний день депрессиями страдает примерно 5-8 % населения земного шара. А к 2015 году этот недуг выйдет на первое место среди всех болезней человечества, оставив позади даже такие распространенные заболевания как нарушения сердечно-сосудистой системы и онкологические болезни. Ряд специалистов называют депрессию болезнью XXI-го века.

Дестабилизация общества и неопределённость жизненных приоритетов особенно травмирующе влияет на формирование личности детей и подростков. Дезадаптация молодых людей в личной и общественной жизни выражается в неуверенности, беспомощности, страхе перед реалиями современности. Рассогласование формирующихся ценностей и возможностей их практической реализации приводят к обострению психических, психосоматических и социальных болезней (наркомания, токсикомания, алкоголизм и др.). Алкоголь, наркотические и токсические вещества всё чаще используются молодыми людьми как

средство ухода от противоречий, хаотичности и непредсказуемости окружающего мира.

Следствием депрессивных проявлений можно рассматривать также рост агрессивности и жестокости в молодёжной среде: убийства, изнасилования, тяжкие телесные повреждения. Крайние формы депрессивного состояния личности выражаются в увеличении количества самоубийств среди подростков и молодежи. Различные формы депрессивных состояний исследователи считают важнейшими причинами девиантного поведения подростков и молодёжи.

Большинство ученых, которые занимаются исследованиями в области подростковой депрессии (Подольский А., Идобаева О., Хейманс П., Ковач М.), сходятся во мнении, что протекание депрессивных состояний у подростков более ярче и обостренное выражено по сравнению с аналогичными состояниями других возрастных групп (например, у младших школьников), так как отягощается наличием пубертатного кризиса.

Понятие «пубертатный кризис» является центральным для всех исследователей подросткового возраста. Большой вклад в изучение данной проблемы внесли Л.И. Божович, Л.С. Выготский, В.А. Гурьева, И.С. Кон, К. Левин, А.Е. Личко, Э. Эриксон и др. Они выделяют такие ярко выраженные противоречия подросткового комплекса, как высокая сензитивность к оценке другими своей внешности и способностей, черт характера, излишняя самоуверенность, бравирование независимостью; болезненная застенчивость в сочетании с развязностью; отказ от общепринятых правил, нигилизм и идеализация кумиров. Стремление к идентичности со значимыми другими и утверждение своей самости; противоречивое сочетание чувственного фантазирования и философских обобщений; оппозитивная готовность и максимализм.

Глубинным личностным механизмом депрессивного состояния является, по мнению некоторых исследователей (E.J. Mash, D.A. Wolf, 2003; L. Mufson и соавт., 2003), реальная или символическая потеря объекта любви. Любовь по отношению к утраченному объекту обращается в гнев, направленный против самого себя.

Исследования некоторых авторов (Rutter M.) показали высокий процент проявления у современных подростков подавленного настроения (13%), наличия депрессивных тем общения и озабоченность (9%). В последующем, в 14–15 лет, уже 40 % подростков обнаруживали депрессивные переживания, 20 % – выразили идеи самоуничтожения, а 7–8 % – суицидальные чувства. С возрастом также изменяется и полоролевая картина проявления депрессивных состояний. Различия в симптомах у испытывающих проблемы подростков имеют связь с полом. Среди тех, кто испытывал депрессию, девочек-подростков больше в два раза, чем представителей мужского пола. У девушек депрессия часто сопровождается нарушениями пищевого поведения, такими ее характерными признаками как анорексия и булимия.

В зарубежной и отечественной психологии используются различные направления и подходы к диагностике и коррекции психологического содержания депрессии, механизмов ее возникновения, путей ее коррекции и стабилизации. Наиболее распространенные из них: психоаналитический, когнитивный, поведенческий, с использованием индивидуальной, семейной и групповых форм психокоррекции. Когнитивная модель коррекции депрессивных состояний у подростков направлена на изменение негативного восприятия окружающих событий, будущего и отрицательного представления о себе. Психологи помогают подростку развивать позитивное мышление, предварительно отказавшись от негативного реагирования на реальные события и явления. Поведенческое направление предполагает выработку у подростка эффективных навыков адаптивного поведения и реагирования в стрессовых ситуациях, устраняя неэффективные способы реагирования (плач, жалобы, просьбы, обвинения, гнев и т.д.).

Психоаналитическая коррекция основывается на концепции влияния прошлого опыта на поведение и состояние человека, рассматривая депрессивные проявления человека как следствие накопленных подсознательных негативных эмоций, нереализованных подавленных желаний. Многие психические заболевания, в том числе и депрессия, вызваны психологическим конфликтом между подсознательными и сознательными мыслями, убеждениями и желаниями человека. Механизм психоаналитической коррекции основан на извлечении из глубин подсознания подавленных и нерешенных конфликтов, а также переработке или нейтрализации их на уровне сознания.

По нашему мнению, следует отличать понятие депрессии, как психического состояния человека, от термина «депрессивный тип характера», как наличие устойчивых поведенческих реакций на те или иные события жизни. Отличительными чертами данного типа являются неспособность самостоятельного принятия решений; неуверенность; страх одиночества; заниженная самооценка; пессимистическое восприятие настоящего и будущего; преобладание негативного фона настроения (страх, тревога, печаль, уныние и т.д.).

Наша психокоррекционная деятельность была направлена на невелирование наиболее типичных негативных проявлений у подростков с депрессивным типом характера. Участниками программы стали 42 учащихся средних школ города Саратова и области в возрасте 13-16 лет, из них 27 девушек и 15 юношей.

На первом этапе проведения коррекционной программы были выявлены подростки с депрессивным типом характера. Для этого использовались методики: диагностическая беседа, тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), методика незаконченных предложений Сакса–Сиднея, шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, тест Люшера, рисунчатые проективные тесты.

На втором этапе проводилась собственно коррекционная программа с использованием рациональной позитивной психотерапии, НЛП, арттерапии, психосинтеза (упражнения с направленным воображением). Основной акцент в нашей работе был сделан на обучение подростков управлению своим эмоциональным состоянием, овладение навыками создания и развития жизнеутверждающих мыслей, формирование позитивных жизненных установок, повышение уверенности, самооценки и т.д. Занятия осуществлялись как в рамках индивидуальной психокоррекции, так и на основе групповой работы: тренингов эмоциональной саморегуляции, уверенности, общения и прочее.

Занятия с подростками сопровождались постоянным контактом с родителями в форме консультаций по различным темам воспитания, психологической помощи в успешном разрешении различных конфликтов «отцов и детей». Результаты проведения программы показали большие возможности психокоррекционной работы среди подростков с депрессивным типом характера, позволили существенно снизить уровень тревожности таких подростков, развить у них адекватную самооценку, чувство значимости, уверенность. Беседа с родителями включала не только конкретные формы рекомендаций по той или иной проблеме с подростком, но и содержала методы психологической поддержки, что обеспечивало хороший контакт с родителями, стимулировало их к сотрудничеству, взаимопониманию со своим ребенком.

Подводя итоги, следует подчеркнуть, что проблема депрессий пубертатного периода сохраняет свою актуальность и требует пристального внимания не только со стороны медицины, но и практической психологии. Пубертатные депрессии являются нозологически неспецифичными и, возможно, одними из наиболее частых проявлений психической патологии у подростков. Наши исследования показали, что психо-социальная коррекция депрессивных проявлений подростка - один из наиболее эффективных и приоритетных методов реабилитации по сравнению с фармакологическими средствами. Лечение депрессий в подростковом возрасте должно носить комплексный характер с обязательным использованием психокоррекционных программ.

Список литературы

- Божович Л.И.* Проблемы формирования личности. М., 1995.
Выготский Л.С. Детская психология. Собр. соч. Т. 4. М., 1984.
Кон И.С. Психология старшеклассника. М., 1982.
Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.
Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. СПб., 2004.
Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996.

2.4. ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

2.4.1. Общие представления о психотерапии

Определение, основные направления, факторы, личностный подход, показания к психотерапии.

Определение.

В традиционном клиническом представлении под **психотерапией** подразумевается «система лечебных воздействий на психику и через психику на организм человека». В более широком психологическом понимании **психотерапия** объединяет широкий круг теоретических представлений, методов и практических приемов воздействия на личность и поведение с целью восстановления психологического баланса и социальной активности человека.

В качестве **общей цели** психотерапии выдвигается цель оказания помощи пациентам в изменении своего мышления и поведения таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными.

Подходы психотерапии.

В качестве научной основы психотерапии выступает научная психология, психологические теории и концепции. При всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии соответственно трем основным направлениям психологии: это психодинамическое, когнитивно-поведенческое и экзистенциальное направления.

В рамках **психодинамического подхода** бессознательные психические процессы рассматриваются в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения человека; анализ поведенческих нарушений и личностных расстройств осуществляется с точки зрения конфликта между бессознательным и сознанием. Основной целью психодинамической терапии является осознание пациентом бессознательных содержаний, сформированных в детском возрасте, и определяющих его актуальные проблемы.

В рамках **когнитивно-поведенческого подхода** личностные и поведенческие проблемы рассматриваются с точки зрения неадаптивных стратегий мышления и поведения, которые сформировались в результате неправильного научения, ошибочных убеждений или неадаптивной переработки стрессового события. В данном случае терапия направлена на обучение адаптивным формам и способам мышления и поведения или на переобучение, то есть замену неадаптивных форм адаптивными.

В рамках **экзистенциального подхода** проблемы личности и поведения рассматриваются как следствие отношения человека к фундаментальным проблемам существования: смерти, тревоге, одиночеству, свободе. Нередко в отношении этих проблем человек формирует невротические защиты, способствующие нарастанию

эмоционального напряжения, общей неудовлетворенности и внутриличностному дисбалансу. Преодоление этой невротизации через осознание и принятие базисных условий своего существования, формирование более осознанного, более полного и целостного отношения к собственной личности является целью экзистенциальной терапии.

Общие факторы психотерапии.

Изучение и описание общих факторов психотерапии осуществляется на основе:

- 1) того, что происходит с пациентом в процессе психотерапии;
- 2) стиля и стратегий психотерапевтической работы;
- 3) этапов психотерапии.

В качестве общих факторов психотерапии, с точки зрения того, **что происходит с пациентом**, обычно указывают: 1) обращение к сфере эмоциональных отношений; 2) самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом; 3) предоставление и получение информации; 4) укрепление веры больного в выздоровление; 5) накопление положительного опыта; 6) облегчение выхода эмоций.

В качестве **общих элементов стиля и стратегий поведения психотерапевтов** вне зависимости от их теоретической ориентации, выделяют: 1) целевую ориентацию на достижение позитивных изменений, 2) внимание к взаимоотношениям «пациент-психотерапевт», 3) сочетание принципов «там-и-тогда» и «здесь-и-теперь» (то есть использование в ходе психотерапии как материала, связанного с историей жизни пациента, так и с актуальным поведением и межличностным взаимодействием пациента в процессе психотерапии).

С точки зрения **этапов** психотерапии указывают следующие общие факторы для всех психотерапевтических подходов:

- 1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии;
- 2) прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени, пациентом) причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений;
- 3) определение «психотерапевтических мишеней»;
- 4) применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики;
- 5) закрепление достигнутых результатов;
- 6) окончание курса психотерапии (в частности, решение проблем, связанных с возможной зависимостью от психотерапевта).

В целом, **общие факторы психотерапии** включают в себя:

- 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом, что рассматривается как исходная предпосылка, на которой строится психотерапия;

2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на готовности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;

3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;

4) оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с врачом;

5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта;

6) явное или скрытое убеждение и внушение;

7) усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

Личностный подход в психотерапии.

Личностный подход в психотерапии предполагает изучение личности больного, закономерностей ее развития и особенностей нарушений, учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов и ориентацию психотерапевтического процесса на личностные изменения. Имеется ввиду, что любое психотерапевтическое воздействие должно учитывать личностные особенности пациента и специфику личностных нарушений, анамнез жизни и болезни, установки и отношения, особенности поведения и эмоционального реагирования. Ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения предполагает направленность не просто на решение проблемы или преодоление неблагоприятной ситуации, но на достижение устойчивых конструктивных изменений личности.

Показания к психотерапии.

Основным показанием к психотерапии является психологическая природа болезненных симптомов и переживаний пациента. Психологические причины, условия и механизмы болезненных переживаний определяют необходимость и стратегии психотерапевтической работы. Показания к психотерапии определяются не только психологическими механизмами заболевания, но и последствиями перенесенной болезни. Последствия болезни могут быть связаны с клиническими, психологическими и социально-психологическими проблемами.

Во-первых, это возможная вторичная невротизация — манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает основное заболевание. Во-вторых, это реакция личности на болезнь, которая может как способствовать процессу лечения, так и препятствовать ему. Неадекватная реакция личности на болезнь (например, анозогностическая или, напротив, ипохондрическая) нуждается в коррекции психотерапевтическими методами. В-третьих, возможны психологические и социально-психологические последствия. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить

к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; к изменениям в семейной и профессиональной сферах; сужению круга контактов и интересов; снижению работоспособности, уровня активности и мотивационных компонентов; неуверенности в себе и снижению самооценки; формированию неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирования. В-четвертых, в процессе хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть формирование в ходе болезни личностных особенностей (повышенной сензитивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности), нуждающихся в корригирующих воздействиях.

Безусловно, что в каждом конкретном случае показания к психотерапии определяются не только нозологической принадлежностью, но и индивидуально-психологическими особенностями пациента, в том числе, его мотивацией к участию в психотерапевтической работе.

Список литературы

- Александров А.А.* Психотерапия: учебное пособие. СПб., 2004.
Психотерапия: учебник для вузов. 3-е издание / Сост. Б.Д. Карвасарский. СПб., 2008.

2.4.2. Психодинамическая модель психотерапии

Психодинамическая терапия базируется на теоретических положениях психоанализа, согласно которому проблемы личности и поведения человека обусловлены ранее пережитыми (преимущественно в детском возрасте) психологическими травмами и аффектами, связанными как с процессом психического и физического развития, так и с неблагоприятными социальными обстоятельствами. Травматический опыт, вытесненный в бессознательное, отражается на актуальном состоянии человека в форме патологических симптомов, проработка и преодоление которых возможно только через осуществление специальных аналитических процедур, нацеленных на воспоминание, переосмысление и переоценку травматических содержаний бессознательного.

Основные теоретические понятия психоанализа

Разработка основных теоретических постулатов и технических процедур психоанализа была осуществлена австрийским врачом, выпускником медицинского факультета Венского университета, специализировавшимся в области физиологии и неврологии **Зигмундом Фрейдом**.

Развитие психоанализа как теоретического учения и технической процедуры осуществлялась Фрейдом и его учениками на протяжении многих лет. Ряд понятий, предложенных Фрейдом на этапе становления психоаналитических идей, впоследствии были уточнены, пересмотрены или переработаны им или его последователями. Остановимся на наиболее важных психоаналитических понятиях.

Вытеснение.

Представления Фрейда о вытеснении легли в основу психоанализа. В различных своих работах под вытеснением Фрейд понимал:

- процесс, благодаря которому психический акт, способный быть осознанным, делается бессознательным;
- возвращение на более раннюю и глубинную ступень развития психического акта;
- патогенный процесс, проявляющийся в виде сопротивления;
- разновидность забывания, при котором память «просыпается» с большим трудом;
- одно из защитных приспособлений личности.

Согласно Фрейду, процесс вытеснения регулируется этическими и эстетическими убеждениями, т.е. желания, противоречащие этическим и эстетическим убеждениям человека, вытесняются из сознания в бессознательное в результате внутриспсихического конфликта, отражающего несовместимость возникшего желания и ценностных установок и убеждений. Дискомфортные переживания, связанные с невозможностью удовлетворения желания, вытесняются, однако в результате этого вытеснения может быть сформирован невротический симптом, а само вытеснение оказывается предпосылкой формирования невроза.

Фиксация и регрессия.

Фиксация – сохраняющаяся привязанность человека к определенным объектам и целям, фазам и стадиям развития, образам и фантазиям, способам поведения и удовлетворения, отношениям и конфликтам.

В психоанализе понятие фиксации относится к описанию бессознательных процессов, происходящих на разных стадиях психосексуального развития ребенка. Они связаны с закреплением либидо на определенном сексуальном объекте или цели. На любой из стадий психосексуального развития (оральной, анальной, фаллической, латентной или генитальной), может произойти невротическая фиксация, вызванная депривацией, психической травматизацией и индивидуальными особенностями развития. В работе «О психоанализе» Фрейд отметил, что фиксация душевной жизни – характерная черта невроза, а аффективная привязанность к прежним болезненным переживаниям не позволяет невротикам сфокусироваться на настоящем.

Фиксация тесно связана с *регрессией*. Регрессия – это возвращение на более ранний этап психосексуального развития и соответствующий этому этапу более примитивный уровень поведения и мышления.

Либи́до.

Либи́до – понятие, используемое для обозначения психической энергии, дающей толчок к разнообразным проявлениям сексуальности, направленной на различные объекты. Для Фрейда либи́до имеет особое происхождение, связанное с сексуальным возбуждением, и обладает характером психически выраженного количества энергии. На начальном этапе развития психоанализа термин «либи́до» использовался Фрейдом при объяснении причин возникновения невротических и психических расстройств, а также при объяснении психического развития в целом и процессов творчества. Позднее понятие либи́до стало частью учения Фрейда о влечениях к жизни и смерти.

Сублимация.

Сублимация – это переключение энергии с социально неприемлемых целей на социально одобряемые цели, имеющие культурную ценность. Фрейд исходил из того, что поведение и деятельность человека управляется принципом удовольствия.

Основные теории психоанализа

Теория травмы.

Начало психоанализа связывают с историей болезни Анны О. и теориями травмы и соблазнения, предложенных Фрейдом для разъяснения механизмов формирования истерического и обсессивного неврозов. Невроз объяснялся Фрейдом как следствие травматических переживаний, вызванных вполне определенными ситуациями эмоциональной депривации, насилия, соблазнения, которые были пережиты в раннем детстве и в силу физиологической и психической незрелости не могли быть сознательно переработаны.

Травматические воспоминания и аффекты, связанные с ними, будучи вытесненными в бессознательное, проявляются на личностном и поведенческом уровнях в форме невротических симптомов.

Целью психотерапии в данном случае являлось возвращение «забытого» в сознание с одновременной разрядкой «заряда аффекта» в форме *катарсиса* (специализированного «очищающего» переживания патогенных аффектов) или *абреакции* (спонтанного эмоционального отреагирования).

Анализ сновидений.

Фрейд считал, что сновидения имеют психологический смысл, постичь который можно с помощью *интерпретации* (толкования) — специальной процедуры, придающей сновидениям какое-либо значение, расширяющее и углубляющее то значение, которое им придает сам пациент. Интерпретация нацелена на преодоление психологической защиты, выявление актуального интрапсихического конфликта и обнаружение изначального желания. Согласно исходным формулировкам, сновидение включает в себя: а) *явное (манифестное) содержание*, т.е.

сновидение в том виде, как его переживают, рассказывают или помнят и б) *скрытое (латентное) содержание*, которое раскрывается путем интерпретации. Фрейд также полагал, что существует *работа сновидения*, переводящая скрытое содержание в явное, следовательно, интерпретация сновидения представляет собой процесс, обратный работе сновидения.

Фрейд утверждал, что все сновидения являются результатом исполнения желаний. С этой точки зрения скрытое содержание — это желание, которое исполняется во сне в галлюцинаторной форме, причем необходимость его перевода в явное содержание диктуется двумя факторами: 1) физиологическими условиями сна, которые делают сновидение в основном визуальным, а не вербальным процессом; 2) тем, что желание неприемлемо для бодрствующего Эго. Характеризуя второй фактор, Фрейд вводит понятие *цензора (цензуры)* — психической инстанции запрета, ответственной за недопущение в предсознание и сознание бессознательных желаний и возникших на их основе образований и соответственно деформацию сновидений. Таким образом, функция сновидений заключается в сохранении сна путем представления бессознательных желаний как исполненных. *Кошмары и тревожные сны* составляют неудачи в работе сновидений, а *травматические сновидения* (в которых просто повторяется пережитая травма) являются исключением из теории.

Фрейд утверждал, что *материалом сновидений* выступают телесные раздражения (например, голод, жажда и т.п.), остатки дневных впечатлений (события предыдущего дня, прямо или ассоциативно связанные с бессознательными желаниями, исполняемыми во сне) и давние воспоминания. *Механизмами работы сновидений* являются конденсация, смещение, драматизация, символизация, интерпретация.

Топографическая модель психики.

Согласно топографической модели *бессознательное* характеризуется следующим:

- 1) содержания бессознательного являются репрезентаторами влечений, т.е. элементами или процессами, в которых выражаются влечения;
- 2) содержания бессознательного стремятся вернуться в сознание и проявиться в поведении, что возможно лишь в результате компромисса между сознанием и бессознательным, будучи искаженными цензурой;
- 3) основной материал бессознательного — детские желания.

Предсознание содержит в себе неактуализированные знания и воспоминания, которые при необходимости могут быть доступны сознательной переработки. Содержания предсознания от бессознательного цензурой, которая допускает бессознательные содержания и процессы в предсознание лишь в преобразованном виде.

Сознание (или система «Восприятие—Сознание») находится на периферии психического аппарата и принимает информацию одновременно из внешнего и внутреннего мира. В отличие от

бессознательного и предсознания сознание не имеет никакой памяти, или, точнее, *мнестические следы* остаются в ней ненадолго.

Фрейд предполагал, что между этими системами пролегают границы, которые при определенных условиях могут быть полупроницаемыми или полностью проницаемыми. Степень этой проницаемости определяется цензурой, определенным образом трансформирующей динамический материал.

Структурная модель психики.

В структурной модели психики внимание было сфокусировано не на содержании бессознательного (как в топографической модели), а на *процессе*, посредством которого это содержание удерживается вне сознания.

В своей работе «Я и Оно» Фрейд сформулировал основные положения *структурной модели*, согласно которым психика подразделяется на составляющие, названные им Ид (Оно), Эго (Я) и Суперэго (Сверх-Я).

Оно (Ид) — самая древняя из трех инстанций, содержит в себе исходные инстинктивные влечения со всеми наследственными и конституционными элементами. Оно является первичным резервуаром психической энергии. Его деятельность направлена на обеспечение немедленной и свободной разрядки возбуждения. Эта часть психики управляется принципом удовольствия и функционирует в соответствии с первичными процессами.

По мере созревания и развития, а также вследствие взаимодействия с внешним миром часть Ид (прежде всего телесная, которая формируется из ощущений тела) претерпевает изменения и превращается в *Эго*. Несмотря на то, что *Эго* также стремится к удовольствию, эта инстанция функционирует в соответствии с принципом реальности и является колыбелью вторичных процессов. Первостепенной функцией *Эго* Фрейд считал задачу самосохранения. *Эго* контролирует произвольные действия, становясь между переживанием потребности и действием в соответствии с данной потребностью. С одной стороны, *Эго* пытается приспособиться к требованиям и условиям внешнего мира, при этом стремясь влиять на внешние события с учетом своей выгоды. С другой стороны, *Эго* пытается управлять влечениями Ид, принимая решения, касающиеся выбора времени и способа их выполнения, или подавляя обусловленное этими требованиями возбуждение. Фрейд сравнивал Ид с лошадью, а *Эго* — с наездником. Он отмечал, что, как правило, *Эго* оказывается слабее Ид, поэтому *Эго* привыкло преобразовывать желания Ид в действия так, будто желания Ид являются его собственными желаниями. Таким образом, *Эго* служит посредником между требованиями Ид и ограничениями реальности и этики. Оно имеет как сознательный, так и бессознательный аспекты.

Третью инстанцию, *Суперэго (или Сверх-Я)*, Фрейд рассматривал как формирующуюся в пределах *Эго* и являющуюся чем-то вроде осадка или остатка ранних конфликтов и идентификаций в детской психике, в

особенности связанных с родителями или другими близкими людьми. Главной функцией Суперэго, которое поглощено самонаблюдением, является подавление требований Ид посредством морального влияния на Эго. Для Суперэго характерно наличие Эго-идеала, основанного на восхищении совершенством, которое ребенок усматривает в родителях, и на стремлении им подражать. Сам Эго-идеал состоит из предписаний типа «ты должен быть таким...» и запретов типа «ты не должен быть таким...».

Теория психосексуального развития.

Фрейд постулировал ряд последовательных либидных стадий, сфокусированных на различных участках тела (*эрогенных зонах*), через которые проходит индивид, начиная с младенчества. Он считал, что эти фазы синхронны параллельной серии фаз развития Эго.

Начало сексуальной жизни характеризуется двумя фазами, отличающимися ролью, которую играют эрогенные зоны (доминирующая или недоминирующая). Первая, или *прегенитальная, фаза* сексуального развития представляет собой динамический процесс, кульминационный момент которого приходится на конец пятого года жизни. Затем следует латентный период, после чего с момента возрождения сексуального импульса в период половой зрелости начинается вторая, или *генитальная, фаза*.

В прегенитальной фазе обычно выделяют три отдельные стадии сексуального формирования (*до- или преэдиповы*), через которые индивиды обоих полов проходят одинаково. Наиболее примитивная стадия надления либидо понимается как диффузное распространение энергии влечений по всему телу (внутри и по кожной поверхности), постепенно фокусирующееся возле ротовой области. Оральная стадия связана со ртом как с первичным органом удовольствия, через который младенец осуществляет контакт со своим первым объектом желания — материнской грудью. Когда грудь отнимается или является недоступной, он прибегает к суррогату (например, пытаясь удовлетвориться сосанием пальца или какого-то другого предмета). Этот интерес к области рта, никогда полностью не исчезающий, заметен в удовольствии, которое взрослые получают при курении, еде, поцелуях и оральных формах секса. Оральная стадия, в свою очередь, иногда подразделяется на два этапа. Ранний оральный (инкорпоративный) этап этой стадии развития может быть виден непосредственно после рождения и перед тем, как младенец получил грудь, так как сосательные движения наблюдаются еще до подлинного сосания. С прорезыванием первых зубов в возрасте шести месяцев младенец начинает вести себя все более активно и агрессивно, вступая в орально-садистический этап. Этот более поздний этап был описан Карлом Абрахамом, эмбриологом, которому принадлежит большая часть разработки первоначальной фрейдовской теории психосексуального развития.

Оральную стадию частично перекрывает и сменяет *анальная стадия*. Анально-садистический этап этой стадии заключается в появлении

импульса к господству, укреплению мускулатуры тела и усилении контроля над сфинктерами. Анально-ретентивный этап связан с тем, что эрогенная слизистая мембрана ануса также проявляет себя как орган, характеризующийся пассивной сексуальной целью. Из-за этого агрессивное первоначальное выталкивание сменяется удержанием. С этой стадией связаны такие черты характера, как аккуратность, бережливость и упрямство (в совокупности определяющие так называемый «анальный характер»).

В конце третьего года сексуальный интерес смещается на генитальный аппарат (фаллос у мальчиков и клитор у девочек) и наступает *фаллическая стадия*. В отличие от аутоэротических доэдиповых стадий (которые иногда определяют как нарциссические, так как в них отсутствует объект любви), фаллическое удовлетворение требует внешнего объекта. В это время наибольшее удовольствие детям доставляет мастурбация. Именно в это время мужское и женское сексуальное развитие становятся дифференцированными.

На эдиповом этапе (названном так в честь главного героя трагедии Софокла «Царь Эдип») наступает высшая точка инфантильной сексуальности и преодоление усилий данного периода при достижении взрослой сексуальности считается необходимым для нормального развития, тогда как бессознательная фиксация на эдиповых тенденциях является типичной для невротической психики.

Период сексуальной латентности начинается примерно в шестилетнем возрасте (возможно, у девочек несколько позже) и заканчивается к началу периода менархе и половой зрелости. Латентность может быть полной или частичной, что зависит от развивающихся в этот период сексуальных запретов. По мере развития индивида либидинозные импульсы могут сублимироваться либо индуцировать противоположные *антикатексисы* (т.е. вкладывать энергию в поддержание вытеснения катектированного процесса), вызывая реакции отвращения, стыда, моральных переживаний и т.п.

Генитальная фаза, которая начинается в период менархе или в период половой зрелости, предполагает подчинение всех источников сексуального чувства доминирующим генитальным зонам.

Основные правила психодинамической терапии

На первых сессиях психотерапевт знакомит пациента с правилами создания аналитической ситуации. **Основным правилом** психодинамической ситуации является то, что пациента просят говорить все, что он думает и чувствует, ничего не выбирая и ничего не опуская из того, что приходит в голову, даже если ему кажется, что сообщать это неприятно, неловко, смешно или неуместно. В то же время пациент должен слушать самого себя, пытаясь придать сказанному смысл и сотрудничать в этом с психотерапевтом.

Правило аналитической ситуации состоит в том, что на протяжении всего времени психодинамической терапии как пациентом, так и психотерапевтом сохраняются одни и те же рамки, именующиеся **сеттингом**. В одно и то же время в одном и том же месте пациент ложится на кушетку (или софу), а психотерапевт садится сзади него, оставаясь большей частью вне поля зрения пациента, и вмешивается в процесс мышления пациента настолько мало, насколько это возможно, и не иначе как посредством собственных интерпретаций. Сессии обычно проходят 4 или более раз в неделю. Пациент в своем поведении руководствуется основным правилом, а психотерапевт старается поддерживать «свободно парящее» внимание, что является ответом на свободное ассоциирование пациента. Большая часть активности терапевта сводится к периодическим интерпретациям свободных ассоциаций.

Использование кушетки в психодинамической терапии является данью традиции, берущей начало от ранних экспериментов Фрейда с гипнозом. Интересно, что даже после прекращения использования гипнотических техник Фрейд считал кушетку полезным инструментом, так как испытывал неудобство при необходимости объяснять некоторые из своих эмоциональных реакций на пристальные взгляды пациентов, которые приходилось выдерживать несколько часов в день. Использование же кушетки позволяло ему чувствовать себя свободнее в выражении эмпатии к ним, что справедливо и для нынешних психотерапевтов.

Кроме того, использование кушетки, как оказалось, имеет и специфическое динамическое значение. Лежащий пациент и сидящий рядом терапевт символически воспроизводят раннюю ситуацию ребенок—родитель, смысловые нюансы которой варьируются от пациента к пациенту. Такая ситуация вполне может вызывать либо усиливать тревогу пациента (уходящую корнями в предэдиповскую тревогу, связанную с ранними отношениями внутри диады мать—ребенок), поэтому в начальной фазе терапии на первый план обычно выступают трудности, которые пациент испытывает в связи с необходимостью доверять «невидимому» терапевту, удержание этого доверия в условиях отсутствия немедленного поощрения и ответа, принятие разделенности пациента и терапевта.

Другой аспект использования кушетки — достижение определенного уровня сенсорной депривации, так как при этом устраняется значительная часть зрительных раздражителей. Кроме того, поскольку интерпретация и вмешательство терапевта довольно редки (особенно на начальном этапе психотерапии), сравнительное уменьшение зрительных и звуковых раздражителей способствует формированию регрессии.

Соблюдение основного правила и правила аналитической ситуации приводит к неизбежному возникновению у пациентов **свободных ассоциаций**. Ответом терапевта на свободное ассоциирование пациента является особый способ слушания, который подчиняется **правилу «свободно парящего»,** или **равномерно распределенного, внимания.**

Согласно этому правилу, терапевт слушает размышления своего пациента и временно идентифицируется с его аффектами и мыслями. В то же время он следит за собственными ассоциациями, которые в значительной степени стимулированы продукцией пациента. Таким образом, терапевт может подойти к тому, что пациент пытается выразить косвенно с помощью метафор или действий. Чем дольше пациент и психотерапевт работают вместе, чем лучше терапевт знает своего пациента, тем легче достичь «свободно парящего» внимания.

В дополнение к основному правилу существует другое правило, **правило нейтральности (абстинентности)**. Часто (и не очень верно) это правило понимают таким образом, что пациент во время курса психотерапии должен отказаться от удовлетворения влечений. Однако, согласно этому правилу, пациент должен быть подготовлен к тому, чтобы продлить задержку удовлетворения инстинктивных желаний, с тем, чтобы быть в состоянии говорить о них во время лечения.

Структура психоаналитического интервью

Психодинамическая диагностика представляет собой, прежде всего, диагностику структуры личности с точки зрения ее развития. Подобный подход, обеспечивающий целостный и всесторонний анализ личности и ее психопатологии, определяет и специфику терапевтических методов.

В современном виде психодинамический диагноз включает в себя, по меньшей мере, пять взаимосвязанных факторов, определяющих его значимость в процессе психодинамической терапии:

- 1) планирование стратегии и тактики психотерапевтического процесса;
- 2) вероятный прогноз психотерапии;
- 3) защита интересов пациента;
- 4) помощь в установлении терапевтом эмпатии к своему пациенту;
- 5) уменьшение вероятности того, что тревожный пациент уклонится от лечения.

Но необходимо заметить, что в ходе развития психодинамической терапии отдельные диагностические факторы и сам процесс диагностики претерпели значительные изменения.

До появления в XIX в. описательной психиатрии считалось, что существует несколько форм душевных заболеваний, с некоторой частотой встречающихся у людей в «цивилизованном мире». Так, мужчины и женщины с истерическими состояниями, фобиями, obsессиями, компульсиями, маниакальными или депрессивными тенденциями малой интенсивности расценивались как имеющие психологические трудности, но не сильно отличающиеся от здоровых. Личности с галлюцинациями, бредом и нарушениями мышления считались больными. Личности, совершающие асоциальные поступки, оценивались как «морально безумные», но остающиеся в контакте с реальностью. В общих чертах

данная классификация до сих пор сохраняется в судебной психиатрии, уделяющей особое внимание тому, мог ли обвиняемый оценивать реальность в момент совершения преступления или нет.

Эмиль Крепелин, основатель современной классификационной системы, исследовав спектр эмоциональных расстройств, выявил их некоторые общие синдромы и характеристики и выделил экзогенные (т.е. излечимые) и эндогенные (т.е. неизлечимые) расстройства. К первым он относил маниакально-депрессивный психоз, а к последним — шизофрению, считавшуюся по тем временам органическим повреждением мозга.

Основываясь на работах Крепелина, Фрейд провел различие между **невротическими и психотическими уровнями функционирования**. Первый характеризовался полным пониманием реальности, второй — потерей контакта с ней. Невротики считались страдающими от того, что их Эго-защиты были чересчур негибкими и отрезали их от энергии Ид, психотиков же рассматривали как больных, чьи защиты чересчур слабы, в связи с чем они оказывались затопленными примитивными силами Ид. Психодинамическая терапия невротиков стала рассматриваться как направленная на смягчение Эго защит и получение доступа к Ид (для использования его энергии в конструктивных целях), в то время как целью терапии психотиков являлось упрочение защит, а также развитие устойчивости к стрессам, улучшение тестирования реальности и оттеснения бурлящего Ид обратно в бессознательное.

Для оценки того, с чем конкретно психоаналитикам приходится иметь дело, вводилась определенная схема **первичного интервью с пациентом**, имеющим жалобы невротического уровня. В частности, в ходе беседы необходимо было дать ответ на следующие вопросы.

1. Имеет ли психотерапевт дело с недавно возникшей проблемой, или она в той или иной форме существовала с раннего времени?

2. Имело ли место резкое возрастание тревоги пациента, или же наблюдалось постепенное ухудшение общего состояния?

3. Пациент сам выразил желание обратиться за лечением, или же другие (родственники, друзья, социальные или юридические структуры и т.п.) направили его?

4. Являются ли симптомы пациента эго-дистонными (чуждыми наблюдающему Эго) или эго-синтонными (восприятие проблем пациентом как вполне органичных и в связи с этим не заслуживающих внимания)?

5. Адекватна ли способность личности видеть перспективу своих проблем и развивать сотрудничество с терапевтом или же пациент рассматривает психотерапевта как потенциально враждебного или магического спасителя?

В настоящий момент с помощью психодинамического диагноза каждого человека можно описать как имеющего определенный **уровень развития личности** (психотический, пограничный, невротический) и **тип организации личности** (истерический, параноидный, депрессивный,

шизоидный, нарциссический, мазохистический, обсессивно-компульсивный, психопатический и диссоциативный).

Техника психодинамической терапии

Первичное интервью.

Для первого этапа психодинамической терапии — диагностики уровня развития личности и типа организации личности — применяется **первичное (начальное) интервью** — метод первичного диалога с пациентом, несущий в себе как диагностические, так и терапевтические функции.

Первичное интервью может быть стандартизованным (т.е. в его ходе пациенту задают заранее определенный круг вопросов, подразумевающих четкий конкретный ответ) или полустандартизованным, не ограничивающим свободное течение беседы, однако направляемым инициативой психотерапевта.

Рассмотрим примерную схему первичного интервью.

1. Демографический блок:

- 1) возраст;
- 2) пол;
- 3) этническая принадлежность;
- 4) религиозная ориентация;
- 5) образование;
- 6) место работы и должность;
- 7) семейное положение;
- 8) политические взгляды;
- 9) оценка физического, социального, материального и духовного благополучия;
- 10) ассоциативный или метафорический образ.

2. Родители, сиблинги и другие значимые фигуры в жизни пациента:

- 1) возраст;
- 2) этническая принадлежность;
- 3) религиозная ориентация;
- 4) образование;
- 5) место работы и должность;
- 6) семейное положение;
- 7) политические взгляды;
- 8) оценка физического, социального, материального и духовного благополучия;
- 9) ассоциативный или метафорический образ;
- 10) пять прилагательных, отражающих отношения пациента с ними.

Примечание: в случае, если кто-либо из перечисленных людей умер, со слов пациента необходимо собрать как можно больше сведений о причинах и обстоятельствах смерти.

3. Блок личной истории (главные события в жизни).

А. Младенчество и детство:

- хотели ли родители рождения ребенка;
- условия в семье после его рождения;
- самые ранние воспоминания;
- семейные истории о детстве пациента;
- проблемы критических периодов развития (нарушения пищевого поведения, туалетный тренинг, проблемы с речью, нарушения двигательной активности, никтурия, ночные кошмары);

Б. Латентный период (7-12 лет):

- проблемы со здоровьем;
- социальные проблемы;
- проблемы в учебе;
- проблемы в поведении;
- семейные стрессы этого периода;
- любимые художественные произведения (сказки, мультфильмы и пр.) и их персонажи.

В. Период полового созревания:

- физические, социальные и психологические проблемы, связанные с созреванием;
- успеваемость и социализация в этот период;
- самодеструктивные паттерны (нарушения питания, использование лекарств, алкоголя, наркотиков, суицидальные импульсы, антисоциальное поведение);
- семейные стрессы этого периода;
- любимые художественные произведения (книги, кино, спектакли и пр.) и их персонажи.

Г. Взрослая жизнь:

- с чем был связан выбор работы (учебы);
- как строились и строятся межличностные отношения;
- сексуальные отношения;
- отношения с родителями, братьями, сестрами, детьми;
- текущие проблемы;
- любимые художественные произведения и их персонажи.

4. Оценочный блок:

- 1) как взаимоотношения с родителями повлияли на становление личности пациента;
- 2) тормозилось ли развитие пациента какими-либо аспектами раннего опыта;
- 3) чего пациент в первую очередь желает своим детям (ребенку) в их дальнейшей жизни.

5. Заключительный блок:

- 1) как взаимоотношения менялись по ходу интервью;
- 2) какой важный, по мнению пациента, вопрос вы ему не задали;

3) спросите, было ли ему комфортно, и не хочет ли он что-либо сказать по поводу интервью.

6. Оценка статуса пациента (часть, самостоятельно заполняемая интервьюером после интервью):

- 1) первое впечатление;
- 2) изменение впечатления в процессе интервью;
- 3) общее впечатление;
- 4) оценка открытости пациента;
- 5) насколько можно доверять полученной информации.

7. Выводы:

- 1) главные текущие темы;
- 2) области фиксаций и конфликтов;
- 3) основные защиты;
- 4) бессознательные фантазии, желания и страхи;
- 5) центральные идентификации;
- 6) контридентификации;
- 7) неоплаканые потери;
- 8) связанность собственного «Я» и самооценка.

В течение интервью пациент сообщает как объективные, так и субъективные сведения, которые достаточно тесно переплетаются между собой. В связи с этим Герман Аргеландер выделил три уровня восприятия в процессе первичного интервью:

1) уровень получения **объективной информации**, пригодной для определения логических причинно-следственных связей, например, на этом уровне психотерапевт может проводить связь между возникновением депрессии и смертью родственника пациента;

2) уровень получения **субъективной информации**, на котором связи определяются с помощью принципа «психологической очевидности»; так, в качестве примера может выступать уверенность пациента в том, что его депрессия связана с потерей отца;

3) уровень получения **ситуативной информации**, действуя на котором психотерапевт изучает особенности поведения пациента во время интервью с точки зрения того, как он подает объективную и субъективную информацию, т.е. того, в какого рода отношения его бессознательно втягивает пациент. Так, например, психотерапевт может ощутить острую необходимость немедленно, каким угодно способом помочь пациенту, что может свидетельствовать о том, что пациент пытается вести себя как маленький беспомощный ребенок. В других случаях психотерапевт, напротив, может ощутить, что, несмотря на демонстрируемую беспомощность и страдания, пациент пытается загнать самого психотерапевта в роль маленького ребенка, которого пациент соблазняет «интересным предложением» или пытается заставить почувствовать себя «очень плохим».

Список литературы

1. Психотерапия: учебник для вузов / Л. Бурлачук, А. Кочарян, М. Жидко. СПб., 2003.
2. Психотерапия: учебник для вузов. 3-е издание/ Карвасарский Б.Д. СПб., 2008.

2.4.3. Когнитивно-поведенческая модель психотерапии

Когнитивно-поведенческая модель психотерапии объединяет поведенческие и когнитивные подходы и методы психотерапии. Первые методы данной модели психотерапии были разработаны в русле поведенческой психотерапии. Единого определения поведенческой терапии не существует, однако можно указать на следующие определяющие ее моменты:

- использование достижений фундаментальных эмпирико-психологических исследований, особенно психологии научения и социальной психологии;
- ориентация на поведение как на психическую переменную, которая может быть сформирована или подавлена в результате научения;
- фокус на настоящем, а не на прошлом;
- эмпирическая проверка теоретических знаний и практических методов;
- значительное преобладание методов, основанных на тренировке.

Поведенческая терапия тесно связана с фундаментальными областями академической психологии, особенно с психологией научения, памяти, мотивации, эмоций и социальной психологией. Наиболее известные техники поведенческой терапии «обоснованы» теорией научения. Основной парадигмой, на которой базируются техники поведенческой терапии, можно назвать парадигму обусловливания, причем необходимо различать классическое и инструментальное обусловливание. При классическом обусловливании подчеркивают, что первоначально нейтральный раздражитель может вызывать рефлекс, если он близок во времени с безусловным, исходно вызывающим рефлекс раздражителем. При инструментальном обусловливании подчеркивают, что поведение можно изменять путем поощрения.

Поведенческая терапия сформировалась между 1950 и 1960 годами (само понятие впервые появилось в 1953 году) и связана с именами А.А. Лазаруса, Дж. Вольпе, Г. Айзенка, С. Рахмана и Б. Скиннера. Эти авторы подчеркивали значение частично различающихся парадигм научения и разрабатывали различные основные направления внутри поведенческой терапии.

Другим направлением, которое связано с когнитивным поворотом в поведенческой терапии, является «моделирующее научение» (Бандура). Смысл моделирующего научения заключается в том, что личность

обучается определенным формам поведения, наблюдая за поведением другой личности и подражая ей. Вследствие «когнитивного переворота» в рамках традиционной поведенческой психотерапии развились, с одной стороны, направление когнитивно-поведенческой терапии, основанное на интеграции когнитивных конструктов в уже существующие терапевтические техники и, с другой стороны, также относительно самостоятельная «когнитивная терапия».

Когнитивная терапия занимается субъективными или индивидуальными значениями событий. Когнитивная терапия признает решающее влияние факторов окружающей среды на внешнее поведение человека, однако одновременно подчеркивает и возможности человека контролировать эти влияния окружающей среды. В когнитивной терапии важнейшую роль часто играет беседа терапевта с клиентом.

В зависимости от плана и целей терапии могут использоваться такие различные формы беседы, как, например, информирующая беседа, дидактическая беседа, убеждающая беседа, беседа, предписывающая роли, аргументативно-рациональная беседа и т.д. Но помимо беседы важную роль в терапии играют различные способы и формы выработки и тренировки новых навыков мышления и поведения.

Главными представителями когнитивной терапии являются А. Бек и А. Эллис. Эллис и Бек подчеркивали значение когниций как структурирующих и регулирующих компонентов эмоциональных, мотивационных, физиологических и моторных процессов. В рамках когнитивной терапии Бека считается, что эмоциональные и поведенческие проблемы связаны с нарушенными когнитивными процессами. Например, если человек реагирует страхом на стук в дверь («это грабитель»), то в основе такого логического вывода и эмоциональной реакции (страха) может лежать малоосознаваемое убеждение «все люди опасны».

Мысли, мешающие справиться с жизненными ситуациями, вызывающие внутреннюю дисгармонию и болезненные эмоциональные реакции, Бек называет **неадаптивными мыслями**. Сама по себе мысль может быть вполне реалистичной. Например, монтажники-высотники могут испытывать не только серьезный дискомфорт, но и подвергаться большой опасности из-за возникновения мыслей или образов о падении. Подобные мысли вызывают головокружение и дрожь, которые нарушают равновесие. Один 24-летний мужчина жаловался на невыносимую навязчивую мысль о том, что его жену всюду подстерегает опасность изнасилования. Кроме того, он постоянно и необоснованно ревновал жену. Оказалось, что в основе его переживаний была мысль: «Я недостоин жены, я низкорослый и слабый».

Неадаптивные мысли характеризуются «автоматичностью», «эго»-синтонностью, слабой осознанностью, трудной доступностью и устойчивостью. Бек говорит об «автоматических» мыслях в связи с тем, что они возникают сами по себе, произвольно.

Автоматические мысли, как правило, не осознаются, но это не значит, что мысли находятся в пространстве фрейдовского бессознательного (вытеснены, подавлены). Поясняя эту мысль, Бек проводит аналогию с человеком, который не в силах заснуть. Он может не осознавать, что его состояние вызывается неприятными звуками вроде громкого тиканья часов или шума транспорта. Не будучи подготовленным, человек может не заметить автоматические мысли. Поэтому одним из важнейших шагов в когнитивной терапии является выявление (идентификация) пациентом собственных автоматических мыслей. Пациент может сообщить множество ситуаций, в которых у него возникает необъяснимая тревога. Она становится понятной лишь тогда, когда пациент восстанавливает мысли, возникающие в ответ на психотравмирующие ситуации.

Автоматическая мысль может быть малоосознаваемой в связи с ее быстротечностью. Кроме того, **эго-синтонность** этой мысли, т.е. переживание пациентом этой мысли как собственной (не чуждой, не вложенной), делает эту мысль очевидной. Например, мысль: «Смерть — это ужасно» приводит к возникновению, с одной стороны, страха смерти, а с другой — к полной уверенности в истинности этой мысли («А как же еще?!»). Очевидность автоматических мыслей и их слабая осознанность делают их труднодоступными в терапии. Автоматические мысли основываются на более глубоких **базовых убеждениях**. Например, за убеждением: «Я ответствен за счастье других» может скрываться другое, более ранящее убеждение — «Я ничего из себя не представляю, я не нужен другим людям. Чтобы быть принятым и/или нужным, я должен служить другим, жить ради них!». Такие, более глубокие по сравнению с автоматическими мыслями убеждения могут быть сведены к базовым, специфическим для данного типа характера: «Я не чувствую себя в безопасности», «Я несвободен», «Я ничего в жизни не могу достичь без поддержки других», «Я лучше и совершеннее других» и т.п. Негативные убеждения могут быть генерализованными («Я совершенно никчемный человек») и условными (имеют место при каком-либо условии, например: «Если я не первый, то я никто», «Если я кому-либо не нравлюсь, то я недостоин любви»).

Автоматические мысли искажают реальность, что делает их дезадаптивными. Бек описывает следующие виды искажения.

1. **Произвольные заключения.** Человек делает определенные выводы без опоры на факты или даже вопреки им. Так, мать, весь день посвятившая ребенку, заключает: «Я ужасная мать».

2. **Избирательное абстрагирование.** На основе детали, выхваченной из контекста, делается вывод, который не согласуется со всей остальной информацией. Так, например, на одной из вечеринок муж заметил, что его жена много времени провела в разговорах с одним из присутствовавших там мужчин. Это вызвало ревность, которая основывалась на убеждении:

«Моя жена меня не любит». Суть этого искажения состоит в том, что человек судит о том, кто он есть, по своим неудачам.

3. **Сверхгенерализация.** В этом случае из одного или нескольких изолированных эпизодов выводится общее правило, которое распространяется на широкий круг ситуаций. Например, после эпизода неразделенной любви женщина делает вывод: «Меня никто и никогда не полюбит». Иными словами, такой индивид убежден, что если что-либо истинно для одной ситуации, то относится и ко всем более-менее похожим ситуациям.

4. **Преувеличение и минимизация.** Пример преувеличения: «Если я получу двойку на экзамене — это будет катастрофой»; пример минимизации: «Ничего страшного с моей грудью не происходит» (мысли женщины с симптомами рака груди).

5. **Персонализация.** Приписывание себе ответственности за поведение других, например: «Я его чем-то обидел». Базовое убеждение здесь следующее: «Только я в ответе за собственные неудачи, промахи и жизненные ошибки». Этот тип искажения может быть назван чрезмерной ответственностью.

6. **Дихотомическое мышление («черно-белое» восприятие).** Возможны только полный успех или полное поражение, люди только хорошие или только плохие.

7. **Принятие на свой счет:** «Когда у меня что-то не получается, это очевидно для всех и привлекает всеобщее внимание».

В ходе терапии следует помочь клиенту осознать вышеприведенные типы когнитивных искажений.

Диагностика в поведенческой терапии.

В поведенческой терапии отказываются от классической биомедицинской модели болезни, в рамках которой нарушения поведения понимаются как симптомы лежащего в их основе заболевания. Вместо этого кладут в основу биопсихосоциальную модель болезни.

Цель поведенческой диагностики есть исключительно индивидуальное планирование терапии. Важным является точное описание имеющихся в каждом отдельном случае причин «проблемного поведения». Под причинами здесь понимаются условия, обуславливающие, вызывающие и поддерживающие проблемное поведение. В целом диагностический процесс рассматривается как «проблемный анализ», при котором определяют проблему, анализируют ее причины и осуществляют планирование предстоящих изменений. Центральным моментом диагностики является функциональный «анализ условий», поиск условий, которые обуславливают и поддерживают проблемное поведение. Однако целью является не столько объяснение поведения, а запуск изменений поведения. Термин «функциональный» означает, что устанавливаются связи между переменными из разных областей.

Для полного анализа условий необходимы следующие пять областей.

1. Анализ внешних стрессоров (обстоятельства жизни) и основных соматических условий (заболевания).

2. Анализ поведения (раздражители, вызывающие и усиливающие поведение, отсутствие альтернативного поведения).

3. Анализ когниций, то есть анализ представлений и мыслей, которые способствуют проблемному поведению (дисфункциональные/алогичные когниции, недостаток когниций преодоления).

4. Анализ мотивации, то есть анализ долгосрочных целей, которые влияют на поведение.

5. Анализ отношений, например, значения и функций жалоб пациента для социального окружения.

Цели терапии.

Планирование терапии и определение терапевтических задач осуществляются на основе функционального анализа условий. Из него выводятся различные возможные направления лечения для одного и того же расстройства. Терапевтические цели в поведенческой терапии устанавливаются индивидуально, причем особое значение придается вовлечению самого пациента в определение терапевтических целей (самоопределение целей).

Терапевтические техники.

Техники поведенческой терапии можно разделить на четыре группы.

1. Стимульный контроль.

Эти техники способствуют развитию у пациента стратегий преодоления при взаимодействии с трудными ситуациями, с ситуациями, на практике в основном вызывающими страх. Задача терапевта состоит в том, чтобы побуждать пациента снова и снова искать те ситуации, которых он ранее избегал из-за страха (например, избегание закрытых пространств при клаустрофобии); это может приводить к угасанию и преодолению страха.

Отдельными техниками являются, например, систематическая десенсибилизация, методы наводнения, экспозиции и тренинг преодоления страха. Их можно различать по тому, обнаруживается ли ситуация (раздражитель) в действительности или в мыслях, а также по способу конфронтации с раздражителем.

При систематической десенсибилизации составляется точная иерархия ситуаций, вызывающих страх (иерархия страхов), и пациент шаг за шагом приближается к все более трудным ситуациям. Между отдельными ситуациями пациент должен осуществлять релаксацию. Предварительно выученная способность к расслаблению (прогрессивная мышечная релаксация) рассматривается как антагонистическая для реакции страха и должна ее редуцировать. Систематическая десенсибилизация разработана Вольпе в 50-х годах XX века и представляет собой старейший метод стимульного контроля.

При экспозиции не происходит поступенчатой конфронтации с ситуациями, вызывающими страх. Пациент находится в вызывающей страх ситуации до тех пор, пока уровень страха не снизится. При этом важно, что подавляет неадекватное поведение избегания (уйти, отвлечься, «отвести взгляд»). За счет этого пациент приобретает опыт, что страх длится не бесконечно, и что человек сам обладает способностью преодолевать ситуацию.

При методе наводнения терапия начинается с ситуаций, которые вызывают сильный страх. При этом терапия длится в течение нескольких дней подряд по несколько часов в день (массированный тренинг). Существуют научные доказательства того, что метод наводнения является наиболее эффективным.

Для долгосрочной эффективности всех методов решающим является то, что пациент сам шаг за шагом берет на себя проведение терапии.

2. Контроль последствий.

Техника основывается, прежде всего, на инструментальном обусловливании. В результате может быть сформировано желаемое поведение (целевое поведение), может быть подавлено нежелательное поведение (проблемное поведение).

Отдельными техниками являются, например, оперантное подавление и жетонная система. Под «жетонами» понимают объекты с определенной обменной стоимостью (например, деньги), которые на языке оперантного обусловливания обозначают как генерализованные позитивные подкрепления. Их используют, чтобы поощрять пациента за те или иные реакции, тем самым облегчая формирование желаемого поведения. В то же время на практике эти методы часто критикуют (называют дрессурой) и применяют очень редко.

3. Моделирующее научение.

Эти техники занимают промежуточное место между классическими поведенческими и когнитивными методами. Они играют решающую роль в различных терапевтических программах (например, в ролевой игре или в тренинге уверенности в себе и социальной компетенции).

Тренинг уверенности в себе (тренинг ассертивности) или тренинг социальной компетентности представляют собой комплексную терапевтическую программу, включающую комбинации различных техник. Целью является улучшение социальной интеракции, причем на переднем плане стоят подавление социального страха и формирование конкретных социальных навыков. Исходным пунктом являются социальные проблемы пациента, на основе которых подбираются подходящие ситуации для ролевой игры и устанавливаются реалистичные терапевтические цели. Пациент наблюдает за моделью, демонстрирующей желаемое поведение. В качестве модели могут выступать либо сам терапевт, либо другие участники группы. Затем в ходе ролевой игры поведение закрепляется (тренировка поведения) и переносится в реальные ситуации. Тренинг уверенности в себе имеет как терапевтический, так и в

существенной степени педагогический характер. Особенно большое значение имеет проведение тренинга в группе. В настоящее время существуют групповые программы со стандартизованным содержанием (например, «Сказать «Нет!», «Выразить чувства», «Выразить собственные желания»). В тренинге уверенности в себе часто используются следующие практические упражнения:

- спросить кого-нибудь, который час или как куда-либо пройти;
- настоять на месте, которое было заранее заказано (поезд, кино, театр);
- поменять что-либо в магазине (одежду, обувь);
- подробно расспросить о каком-либо товаре в магазине, не покупая его;
- выразить собственные чувства (по отношению к партнеру, родителям, друзьям);
- возражать кому-либо или критиковать (услуги, сервис, еду);
- отстаивая собственные интересы, вступать в спор с начальником, родителями.

4. Когнитивные методы.

Понятие «когнитивных методов» охватывает техники, основывающиеся на моделях когнитивного научения. Когниции рассматривают как решающий фактор для терапевтических изменений. Основные техники:

1) техники выявления автоматических мыслей (выявляются путем расспросов пациента, используется техника проигрывания ролей, в рамках которой пациент побуждается к отслеживанию собственных автоматических мыслей);

2) техники проверки обоснованности автоматических мыслей и когнитивного реконструирования (проверка обоснованности автоматической мысли следствиями из нее; побуждение к проверке неадаптивной мысли в реальном действии; сравнение с другими; метод выявления логических несоответствий в системе убеждений клиента; метод катарсиса; метод идентификации; метод отвлечения; метод записи событий дня; метод разыгрывания ролей и другие).

В когнитивной терапии используются **домашние задания**, заключающиеся в том, что пациент должен отслеживать свои автоматические мысли в той или иной психотравмирующей ситуации. Помимо этого домашняя работа может включать чтение определенных книг, помогающих избавиться от неадаптивных убеждений, а также прослушивание и критический анализ аудиозаписей терапевтических сессий с целью выявления иррациональных верований.

Этапы терапии (на примере когнитивной терапии Бека).

Когнитивная психотерапия Аарона Бека включает в себя следующие этапы.

I этап — идентификация (опознание) неадаптивных мыслей.

С этой целью используются техники сосредоточения на мыслях, возникающих в реальных психотравмирующих ситуациях (наблюдение *in vivo*), и «проигрывания» психотравмирующей ситуации в воображении (**имагинальная техника**, наблюдение *in vitro*). При этом пациента просят наблюдать за возникающими автоматическими мыслями. Помимо этого используются вопросы, позволяющие пациенту продвинуться к глубинным, плохо осознаваемым неадаптивным убеждениям.

Наиболее популярным методом когнитивной психотерапии является «сократический диалог». В рамках этого метода терапевт задает такие вопросы, которые позволяют пациенту, во-первых, прояснить или определить собственную проблему, а, во-вторых, идентифицировать (прояснить) собственные неадаптивные мысли, убеждения и образы.

Вопросы терапевта позволяют вскрыть основополагающие убеждения мифологии пациента. Раз за разом терапевт спрашивает: «А что в этом плохого?», и так продолжается до тех пор, пока пациент уже не может найти объяснения и повторяет одно и то же. Например, когда терапевт спрашивает: «Что плохого в том, что вас критикует незнакомый человек?», пациент недоумевает: «Само собой, это плохо. Это плохо и все. Что тут объяснять?». Когда обнаружены такие глубинные убеждения, начинается их терапия.

Неадаптивные мысли характеризуются двумя дихотомиями: опасность-безопасность и боль-удовольствие. В качестве примеров автоматических мыслей первой группы можно привести следующие: «Ужасно, если кто-то будет плохо обо мне думать»; «Близкие простят мне все, а с незнакомыми нужно быть повнимательнее» (люди с такими мыслями очень скованны в незнакомой компании); «Люди не любят слабостей» (такое убеждение делает человека скрытным, чтобы никто не узнал о его семейных, профессиональных и иных проблемах). Примерами автоматических мыслей второй группы будут следующие: «Чтобы быть счастливым, нужно, чтобы все вокруг тебя любили»; «Чтобы быть счастливым, нужно достигать успеха в любом деле»; «Если он меня не любит, я никчемна».

II этап когнитивной психотерапии — отдаление.

Суть этапа состоит в том, что пациент должен встать в объективную позицию по отношению к собственным мыслям, т.е. отдалиться от них. На первом этапе неадаптивная мысль выявлена (например, «Я слаб и беспомощен»), и теперь пациент понимает, что эта мысль есть, что она мешает, вызывает эмоциональные и поведенческие проблемы. На втором этапе терапии пациент должен усомниться в проблеме, сделать ее гипотезой, посмотреть на нее со стороны. Призывы терапевта мыслить конструктивно обычно не помогают: пациент осознает свою мысль, но не

сомневается в ее истинности и не рассматривает ее как неадаптивную. Отстранение подразумевает три компонента:

1) осознание автоматизма «плохой» мысли, ее самопроизвольности, чуждости Я;

2) осознание того, что «плохая» мысль неадаптивна, т.е. вызывает страдание;

3) появление сомнений в истинности неадаптивной мысли.

Обычно пациент достаточно легко осознает неадаптивность и ложность «плохой» мысли, но добиться отчуждения этой мысли от Эго значительно труднее. Бек приводит следующий терапевтический диалог.

Пациент. Я никчемный человек, неудачник.

Терапевт. Но это плохая мысль, она заставляет вас страдать.

Пациент. Вот видите, и мысли у меня плохие. Я неудачник.

Таким образом, основным компонентом этапа отстранения является первый.

III этап терапии — проверка истинности неадаптивной мысли.

Суть данного этапа состоит в том, что психотерапевт побуждает пациента к проверке обоснованности (валидности) неадаптивной мысли. С этой целью используются как когнитивные, так и поведенческие техники. Если проверка пациентом собственных неадаптивных мыслей показывает, что они необоснованны, беспочвенны, не опираются на объективную реальность, то возникает возможность избавиться от этих мыслей. Пациент начинает понимать, что указанные мысли связаны с особенностями его характера, воспитания, а не с реальными характеристиками среды, ситуации. После этого пациент меняет неадаптивные убеждения на адаптивные. В этой замене и состоит суть **IV этапа**.

Список литературы

Александров А.А. Психотерапия: учебное пособие. СПб., 2004.

Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. СПб., 2001.

Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2002.

Психотерапия: учебник для вузов / Л. Бурлачук, А. Кочарян, М. Жидко. СПб., 2003.

2.4.4. Экзистенциальная модель психотерапии

Основные представители: Ролло Мэй, Ирвин Ялом, Виктор Франкл, Джеймс Бьюдженталь.

Экзистенциальная психотерапия – это терапия, направленная на анализ базовых тревог, которые определяют особенности человеческого существования, и осмысление которых позволяет достичь аутентичности (подлинности) в проживании собственной жизни. Теоретики экзистенциальной терапии – Ролло Мэй и Ирвин Ялом – считают, что

экзистенциальная терапия возникла из стремления помочь людям в решении глубинных проблем современной жизни.

Экзистенциальная психотерапия не представляет собой определенного технического подхода, предлагающего новый набор правил терапии. В ней поднимаются вопросы о природе человека, природе тревоги, печали, беспокойства, отчаяния, одиночества и изоляции. В центре ее внимания также проблемы творчества и любви.

Основные теоретические положения.

1. Переживание Я–Есть (I-AM experience).

Принятие позиции «Я живу сейчас и могу принять свою жизнь» может благотворно повлиять на пациента. Человек может оставаться жертвой других людей или обстоятельств до тех пор, пока у него не возникнет понимание, что живет именно он, и что он сам выбирает свое собственное существование. Переживание «Я-есть» не является само по себе решением проблем человека. Это скорее предварительное условие для их разрешения.

2. Нормальная и невротическая тревога.

Согласно экзистенциальному подходу тревога возникает из личной потребности выжить, сохранить собственное существование и утвердить его. Тревога - это более фундаментальное переживание, чем страх. Целью терапии является оказание помощи пациенту в противостоянии тревоге настолько полно, насколько это возможно, и таким образом свести ее к страхам. Со страхами уже можно иметь дело, и целью психотерапии становится работа с ними. Но основная функция терапии – это помочь клиенту противостоять нормальной тревоге, являющейся неизбежной частью человеческого существования.

Нормальная экзистенциальная тревога обладает тремя характеристиками: она пропорциональна ситуации, с которой столкнулся человек; нормальная тревога не требует вытеснения: можно прийти к ее принятию, как, например, факт собственной смертности требует принятия; такая тревога может использоваться творчески.

Невротическая тревога неадекватна ситуации. Например, родители могут так тревожиться о том, что их детей может сбить машина, что никогда не выпускают их из дома. Во-вторых, она всегда в какой-то степени подвергается подавлению. И, в-третьих, невротическая тревога деструктивна, а не конструктивна. Невротическая тревога скорее парализует человека, чем стимулирует его творчество.

Функция терапии заключается не в том, чтобы полностью избавиться от тревоги, а преодолеть невротическую тревогу.

3. Вина и чувство вины.

Чувство вины особенно значимо для экзистенциальной терапии. Вина также может принимать нормальные и невротические формы. Невротическое чувство вины чаще всего возникает как следствие воображаемых проступков. Нормальное чувство вины позволяет нам замечать этические аспекты нашего поведения. Еще одна форма вины – это

вина перед самим собой за отказ от осуществления собственных возможностей.

4. Три формы мира.

Еще одна базисная концепция экзистенциальной психотерапии – концепция бытия-в-мире. Она состоит в том, что мы должны понять мир, в котором на данный момент существует и участвует пациент. Мир человека невозможно постигнуть через описание окружения, каким бы сложным и полным оно бы ни было. Человеческий мир - это структура значимых отношений, в которых существует личность, и в создании которых она участвует, как правило, не отдавая себе в этом отчета. То есть одинаковые обстоятельства прошлого или настоящего могут иметь разное значение для разных людей. Таким образом, мир включает прошедшие события, которые обусловили экзистенцию каждой личности, и весь широкий набор вариантов воздействий, которые влияют на нас.

Экзистенциальная психотерапия полагает, что существуют три модуса мира: «мир вокруг», биологический мир, который обычно называют окружением; мир со-товарищей, это наше сообщество; «свой-мир» – это форма отношения к самому себе.

Теория психотерапии.

Экзистенциальная психотерапия является формой динамической психотерапии, что означает представление о личности как структуре, включающей в себя конфликтующие, сознательные и бессознательные силы, мотивы и страхи.

Согласно экзистенциальной модели основной конфликт личности заключается в конфликте между личностью и «данностями» существования. И. Ялом выделяет четыре таких данности или предельных тревоги, которые имеют непосредственное отношение к психотерапии: смерть, свобода, изоляция, и отсутствие смысла. Противостояние каждой из них определяет содержание внутренних конфликтов человека.

Смерть.

Смерть - это наиболее очевидная предельная тревога, с которой легче всего вступить в контакт. Для каждого ясно, что в один день наше существование закончится. Каждый человек знает, что придет смерть, и что это неизбежно. С экзистенциальной точки зрения основной внутренний конфликт пролегает между осознанием неизбежности смерти и одновременным желанием продолжать жить.

Смерть играет главную роль во внутренних переживаниях личности. Чтобы справиться с тревогой смерти, человек воздвигает защиты против осознания смерти. Эти защиты основаны на отрицании; они формируют структуру характера и, если неправильно адаптированы в структуру личности, приводят к клиническим синдромам.

Свобода.

В рамках экзистенциального подхода свобода означает, что человеческое существо отвечает за свой собственный мир (то есть является его автором), за формирование своей собственной жизни, за выбор и

поступки. Важный внутренний динамический конфликт основан на противостоянии свободе: конфликт лежит между осознанием свободы и беспочвенности и нашей глубокой потребностью в фундаменте и структуре.

Факт свободы ставит перед нами проблему ответственности. Люди значительно отличаются друг от друга в том, какую степень ответственности готовы они принять за свою жизненную ситуацию и в том, как они избегают этой ответственности. Другой аспект свободы - это «готовность», которая состоит из желания и решимости. Многие люди испытывают большие трудности в переживании или выражении желания. Желание тесно связано с чувством. Люди с заблокированными аффектами не могут действовать спонтанно, поскольку они не могут чувствовать и, как следствие, не могут желать. «Импульсивный» способ поведения избегает желаний через неразличение их. «Компульсивность», другая форма расстройства переживания желаний, может быть охарактеризована поведением людей, которыми управляют внутренние требования Эго, часто идущие вразрез с сознательно реализуемыми желаниями. Поэтому эти люди не «действуют».

Стоит человеку действительно испытать желание, как он встает лицом к лицу с необходимостью решения. Многие люди очень ясно знают, чего они хотят, но все же не способны решить или выбрать. Часто они испытывают особую панику при принятии решения; они могут постараться передать решение кому-либо еще, или действуют таким образом, что решение принимается за них обстоятельствами, которые они бессознательно вызвали.

Изоляция.

Третья предельная тревога – это изоляция. Важно отличать экзистенциальную изоляцию от других типов изоляции. Интерперсональная изоляция – это разрыв, который существует между нами и другими людьми – разрыв, который возникает от недостатка социальных навыков. Экзистенциальная изоляция – это полная изоляция, как от других людей, так и от мира. Она относится к более глубоким слоям, нежели другие формы изоляции. Неважно, насколько близки мы с другим человеком, всегда остается последний, непроходимый разрыв. Нет более сильного напоминания об экзистенциальной изоляции, чем противостояние смерти. Человек, который встречается со смертью, неизбежно начинает актуально сознавать изоляцию. Третий динамический конфликт – это конфликт между осознанием фундаментальной изоляции и желанием быть защищенным, стремлением к слиянию, к тому, чтобы стать частью большего целого.

Бессмысленность.

Четвертой предельной тревогой является бессмысленность. Если каждый человек должен умереть, и каждый создает свой собственный мир, и каждый одинок в безразличной вселенной, тогда какой смысл может иметь жизнь? Почему мы живем? Человеческое существо требует смысла.

Ощущение смысла жизни необходимо еще по одной причине: из смысловой схемы мы выводим иерархию ценностей. Ценности снабжают нас планом поведения в жизни; ценности говорят нам не только, почему мы живем, но также и как жить. Четвертый внутренний конфликт вырастает из этой дилеммы: как существо, которое требует смысла, находит смысл в мире, который не имеет смысла.

Согласно основателю логотерапии Виктору Франклу, потеря смысла существования определяет новый тип невроза — «**ноогенный невроз**». В работе «Врач и душа» он пишет о том, что к психотерапевту зачастую обращаются с теми проблемами, которые в действительности должны ставиться перед священником. Франкл замечает, что поиск человеческого смысла не является патологическим, напротив, это вернейший признак подлинности человеческого бытия. Даже если этот поиск привел к фрустрации, его нельзя рассматривать в качестве симптома болезни. Это духовный дистресс, а не психическое заболевание.

Франкл различал две стадии бессмысленности — экзистенциальный вакуум и экзистенциальный невроз. **Экзистенциальный вакуум**, или **экзистенциальная фрустрация**, — феномен, характеризующийся субъективными переживаниями скуки, апатии, пустоты, цинизма. **Экзистенциальный, или ноогенный невроз**, развивается при присоединении к экзистенциальной фрустрации невротической симптоматики. Он может принимать любую клиническую форму, но его главная характеристика — заблокированная воля к смыслу. Дилемма современного человека, утверждал Франкл, состоит в том, что инстинкты не говорят ему, что он *должен* делать, а традиция больше не подсказывает, что ему *следует* делать. Наиболее типичными вариантами реагирования на возникающий экзистенциальный вакуум, по Франклу, являются конформизм и подчинение тоталитарности.

В заключение отметим, что проработка базовых тревог, преодоление невротических фиксаций и восстановление нормального функционирования всех сторон личности составляет основное содержание экзистенциальной терапии.

Список литературы

Психотерапия: учебник для вузов / Л. Бурлачук, А. Кочарян, М. Жидко. СПб., 2003.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / пер. с англ. Т.С. Драбкиной. М., 1999.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

3.1. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАК ОСНОВНАЯ ФОРМА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА

3.1.1. Понятие психолого-педагогического сопровождения как основной формы деятельности педагога-психолога

Битянова М.Р. считает, что школьная психологическая практика должна иметь собственные психологические цели и задачи, ценности и установки на ребенка, формы и методы работы с ним. Подход, предлагаемый М.Р. Битяновой назван ею **«психологическим сопровождением педагогического процесса»**, чтобы подчеркнуть, что ребенок в данной системе является не объектом, а субъектом психологической работы, за ним признается активная и осознанная позиция во взаимодействии со специалистами любого направления. **Цель работы психолога** - предложить различные пути решения тех или иных проблем учащегося и организовать сотрудничество, направленное на его самопознание и поиск путей самоуправления внутренним миром и системой отношений.

Школьный психолог в данной системе создает условия для продуктивного движения ребенка по тем путям, которые он выбрал сам в соответствии с требованиями педагога и семьи (а иногда и в противовес им), помогает ему делать осознанные личные выборы в этом сложном мире, конструктивно решать неизбежные конфликты, осваивать наиболее индивидуально значимые и ценные методы познания, общения, понимания себя и других.

Сопровождение – это система профессиональной деятельности психолога, направленной на создание социально-психологических условий для успешного обучения и психологического развития ребенка в ситуации школьного взаимодействия. При этом **объект** школьной психологической практики – обучение и психическое развитие ребенка в ситуации школьного взаимодействия, **предмет** – социально-психологические условия успешного обучения и развития. **Метод и идеология** работы – сопровождение.

Принципы работы школьного психолога.

★ Психолог следует за естественным развитием ребенка на данном возрастном и социокультурном этапе онтогенеза. Сопровождение опирается на те личностные достижения, которые реально есть у ребенка.

▲ Психолог создает условия для самостоятельного творческого освоения детьми системы отношений с миром и собой, а также для совершения каждым ребенком личностно значимых жизненных выборов.

▲ Сопровождение носит вторичный характер и не ставит целью изменение тех образовательных и воспитательных условий, которые выбрали для ребенка родители. Цель сопровождения – создать в рамках объективно данной ребенку социально-педагогической среды условия для его максимального в данной ситуации личностного развития и обучения.

▲ Психологическое сопровождение ребенка преимущественно осуществляется педагогическими средствами, через педагога и традиционные школьные формы учебного и воспитательного взаимодействия. Прямое вмешательство психолога в жизнь ребенка сводится к минимуму.

Основные следствия идеи сопровождения

1. Концептуальные следствия идеи сопровождения.

Сопровождение включает в себя три взаимосвязанных компонента:

- Систематическое отслеживание психолого-педагогического статуса ребенка и динамики его психического развития в процессе школьного обучения.

- Создание социально-психологических условий для развития личности учащихся и их успешного обучения.

- Создание специальных социально-психологических условий для оказания помощи детям, имеющим проблемы в психологическом развитии, обучении.

2. Содержательные следствия идеи сопровождения.

В рамках данной идеи становится возможным четкое определение *форм* работы с учащимся и того, *что нужно знать о них*, чтобы организовать условия их успешного обучения, то есть определить социально-психологический статус школьника. В этот статус включаются такие параметры психической жизни, как индивидуальные особенности школьника и его различные проблемы (трудности).

3. Организационные следствия идеи сопровождения.

В организационных вопросах особенно ярко проявляется психотехнический потенциал идеи сопровождения, так как появляется возможность выстроить работу психолога как продуманный, осмысленный процесс, охватывающий весь учебный процесс и всех участников внутришкольного взаимодействия. Отсюда вытекает системный характер ежедневной деятельности школьного психолога, организационное закрепление (в перспективных и текущих планах работы педагогического коллектива школы) различных форм сотрудничества педагога и психолога, утверждение важнейших форм психологической работы в качестве официального элемента учебно-воспитательного процесса на уровне планирования, реализации, контроля за результатами.

4. Функционально-ролевые следствия идеи сопровождения.

Психолог получает представление о том, кто является, и кто не является объектом его практической деятельности. В качестве клиента школьного психолога выступает конкретный школьник или группа школьников. Все остальные рассматриваются как субъекты сопровождения, участвующие в процессе вместе с психологом на принципах сотрудничества, личной и профессиональной ответственности.

3.1.2. Модели психолого-педагогического сопровождения

В условиях модернизации образования эффективность психолого-педагогического сопровождения зависит от умения руководителя образовательного учреждения, педагога-психолога выделить приоритетные направления работы (с учетом актуальных проблем, задач образовательного учреждения, программы его развития и т.д.) и сосредоточить деятельность именно на этих направлениях, т.е. выбрать ту или иную модель психолого-педагогического сопровождения. При этом педагог-психолог в том или ином объеме реализует все виды и направления психолого-педагогического сопровождения, ранжируя их с учетом:

- **типа образовательного учреждения** (дошкольное образовательное учреждение, общеобразовательная школа, специальное (коррекционное) учреждение и др.);
- **вида** (гимназия, лицей, школа с углубленным изучением предметов, школа с профильными классами);
- **контингента обучающихся** (менее 250, 250-350; 350-500, более 500);
- **степени инновационности** (режим функционирования или режим развития);
- **количества специалистов**, обеспечивающих психолого-педагогическое сопровождение (один психолог или психологическая служба);

Исходным положением для моделирования является также **профессиональная позиция педагога-психолога** (консультант, диспетчер, организатор, куратор, методист, исследователь).

Психолог-консультант - сторонний специалист, отстаивающий права и интересы ребенка. Работает с ребенком, родителями, педагогами по их запросам.

Психолог-методист. Работает с содержанием и способами профессиональной деятельности педагога. Он является проводником идей трансформации всех отношений в школе, превращения школы в открытую систему, направленную на развитие личности каждого ее участника.

Психолог-исследователь проводит практико-ориентированные исследования. Объектом исследования является целостный учебно-

воспитательный процесс, организуемый в соответствии с декларируемыми целями и задачами, а также и все то, что происходит в этом процессе с ребенком.

Психолог-куратор осуществляет комплексное психолого-педагогическое сопровождение отдельной группы учащихся.

Психолог-организатор строит деятельность внутри педагогического коллектива в соответствии с планом работы учреждения образования.

Поскольку сложность стоящих перед психолого-педагогическим сопровождением задач не предполагает использования «в чистом виде» позиций «консультант», «диспетчер», «методист», «исследователь», необходимо ориентироваться на две комплексные модели «организатор» и «куратор» (Битянова М.Р., Ключева Н.В., Морозова Н.В., Кривцова С.В., Иванов Д.А., Левит М.В.).

Наиболее востребованными в практике современных детских учреждений являются модели «психолог-организатор» и «психолог-куратор».

3.2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА

В соответствии с идеей сопровождения выделяется несколько приоритетных направлений практической деятельности школьного психолога: школьная прикладная психодиагностика, развивающая и психокоррекционная деятельность, консультирование и просвещение педагогов, школьников и их родителей, социально-диспетчерская деятельность.

3.2.1. Школьная прикладная психодиагностика

Данное направление работы является исторически первой формой школьной психологической практики и по сей день отнимает львиную долю времени школьного психолога. М.Р. Битянова считает, что школьная психологическая практика должна включать общение с учеником, наблюдение за их проявлениями и реакциями непосредственно или глазами воспитателей и педагогов. И только если наблюдение невозможно, правомерно обращение к сложным формам психодиагностики.

Итак, школьная диагностическая деятельность отличается от традиционной исследовательской диагностики. Она должна занимать меньше времени, быть простой и доступной в обработке и анализе, ее результаты должны «переводиться» на педагогический язык. Отличаются и цели школьной психодиагностики от традиционно понимаемой.

Школьная психодиагностика имеет своей целью информационное обеспечение процесса сопровождения. Она необходима для:

- составления социально-психологического портрета школьника (описания его школьного статуса);

- определения путей и форм оказания помощи детям, испытывающим трудности в обучении, общении и психическом самочувствии;

- выбора средств и форм психологического сопровождения школьников в соответствии с присущими им особенностями обучения и общения.

Школьная психодиагностика не должна становиться самоцелью.

Принципы построения и организации школьной психодиагностики.

1. Диагностический подход и конкретные методики должны соответствовать целям школьной психологической деятельности (целям и задачам эффективного сопровождения). Это значит, что используемый прием должен выявлять именно те психологические особенности школьника, знание которых необходимо для его успешного обучения и развития в школьной среде (психологические характеристики поведения, учебной деятельности, общения, а также личностные особенности).

2. Результаты исследования должны быть сформулированы на «педагогическом» языке, либо поддаваться переводу на такой язык. Это значит, что на их основе педагог сам или психолог смогут судить о причинах трудностей ребенка и создавать условия для их преодоления. В этом отношении многие методики не пригодны для подобной интерпретации, поскольку оторваны от реальной жизнедеятельности ребенка (исключение составляет ШТУР, подростковый опросник Г. Айзенка и некоторые мотивационные анкеты и опросники на тревожность).

3. Используемые методы должны быть прогностичными, позволяющими предвидеть возможные проблемы и затруднения ребенка. Психолога волнует вопрос как на основе полученных данных спланировать процесс обучения так, чтобы он не приводил к различным проблемам.

4. Желательно, чтобы методы психодиагностики имели развивающий потенциал уже в ходе проведения обследования и впоследствии при создании развивающих программ.

5. Процедуры обследования должны быть экономичными и многофункциональными. Желательно, чтобы был индивидуальный и групповой вариант, легкость в обработке и однозначность в оценке получаемых данных (здесь может сыграть отрицательную роль ориентация на возрастную норму).

Названные выше цели, задачи и специфика школьной психодиагностики учитываются при разработке системы диагностической деятельности. В рамках этой деятельности выделяются **три основных взаимосвязанных схемы.**

1. *Первая психодиагностическая схема – диагностический минимум.* Это комплексное психолого-педагогическое обследование всех школьников определенной параллели. Схема ориентирована на выявление социально-психологических особенностей статуса школьников,

существенно влияющих на эффективность их обучения и развития. Реализация схемы позволяет определить школьников, имеющих выраженные трудности (высокий уровень тревожности, слабое развитие определенных когнитивных процессов, признаки социальной дезадаптации в поведении и общении), и выявить те специфические особенности когнитивной, эмоционально-волевой и личностной сферы всех школьников обследуемой параллели (умственная работоспособность, темп умственной деятельности, отношение школьника к миру и себе), знание которых необходимо для их успешного сопровождения.

Применение схемы 1 по времени связано с наиболее сложными периодами школьной жизни ребенка (1, 3-5, 8, 10-11 классы). Важно, что психодиагностический минимум позволяет отслеживать динамику развития ученика.

К организационным особенностям данной диагностической схемы относятся: проведение обследования планируется в начале учебного года совместно психологом и администрацией школы как часть учебного плана, проводится силами педагогов и психолога и состоит большей частью из экспертных ответов педагогов и родителей. Экспресс-диагностическое обследование самих детей и подростков сводится к минимуму и проводится комплексными методиками. Исключение составляет обследование детей, поступающих в школу.

Наконец, психодиагностический минимум запускает реализацию двух других схем. В случае выявления у ребенка проблем умственного развития запускается **схема 2** – дифференциация нормы и патологии; в случае проблем обучения и развития на фоне сохранного интеллекта; **схема 3** – углубленное обследование личности школьника.

Вторая диагностическая схема. Первичная дифференциация нормы и патологии умственного развития школьника. Задача школьного психолога – по возможности точно ответить на вопрос, связаны ли проблемы данного ребенка с нарушениями его психического развития, носящими клинический характер. В случае положительного ответа, психолог выполняет диспетчерскую функцию, направляя ребенка к нужному специалисту, не ставя психопатологического или психиатрического диагноза. Как правило, в категорию обследуемых попадают дети младшего школьного и частично младшего подросткового возраста. Если обнаруживаются другие нарушения психического развития, то в их отношении основная форма работы психолога – диспетчерская в сочетании с консультированием и психологической поддержкой педагогов и родителей.

Узко поставленная профессиональная задача позволяет ограничить объем диагностической деятельности экспресс-методиками, которые разводят норму психического развития, ЗПР и олигофрению. Постановка точного диагноза здесь необязательна. Важно определить наиболее эффективные стратегии оказания помощи такому ребенку, если он все равно остается учиться в данной школе.

Третья диагностическая схема – углубленное психологическое обследование ребенка. В поле внимания психолога попадают дети:

- с предполагаемым внутренним психологическим конфликтом, для понимания причин которого требуется дополнительная информация;
- с особенностями и проблемами в познавательной сфере (в рамках возрастной нормы умственного развития).

Диагностика начинается по запросу педагога или родителя, либо если ребенок попал в группу психологически неблагополучных по результатам предыдущего тестирования. Такая диагностическая деятельность носит индивидуальный характер, использует сложные методики и требует много времени. Отсюда – высокие требования к отбору тестовых и других диагностических процедур и к самому обоснованию необходимости такого обследования. Вопросы, подлежащие выяснению должны быть точными и четко очерченными, соответствующими задаче сопровождения. Если ребенок нормально учится, и его психологический статус находится в рамках критериев школьного благополучия, проведение дополнительных обследований представляется неэтичным.

В рамках данной модели углубленное изучение ученика предваряется выдвижением гипотезы о предполагаемых причинах неблагополучия, что сокращает время на обследование и делает работу психолога более осмысленной.

3.2.2. Психокоррекционная и развивающая работа со школьниками

По результатам психодиагностики выбирается развивающая или психокоррекционная работа с учеником. Развивающая деятельность школьного психолога связана с созданием социально-психологических условий для целостного психологического развития школьников, а психокоррекционная – с решением в процессе такого развития конкретных проблем обучения, поведения или психического самочувствия.

Данный вид работ рассматривается как основное направление работы школьного психолога с детьми и подростками. Диагностика нужна для ее правильной организации, другие формы дополняют или заменяют ее при необходимости. Главный принцип коррекционно-развивающей работы – целостность. Нельзя дробить личность ребенка на отдельные процессы. Участие в коррекционно-развивающей работе должно быть добровольным. В случае, когда речь идет об учениках начальной школы и 5-6 классов, необходимо согласие родителей (это относится и к диагностике). При планировании и организации коррекционно-развивающей работы необходимо опираться не только на общевозрастные представления о потребностях, ценностях и особенностях, но и активно опираться на знание особенностей той социальной и культурной среды, к которой

принадлежат школьники, их собственные потребности и ценности. В организации работы необходимо соблюдать последовательность и преемственность, чтобы дети, которые проходят ее, чувствовали логику и методическую преемственность из года в год.

Развивающая работа в школьной практике традиционно ориентирована на познавательную, эмоционально-личностную, социальную сферы психической жизни и самосознание детей. Существует несколько форм реализации данного вида психологической практики.

Организация психологической развивающей среды. Она может создаваться самим психологом и представлять взаимодействие со школьниками в свободное от учебы время или на специально отведенных для этого учебных часах. Эту среду может создавать и поддерживать сам педагог, используя психологические развивающие технологии на учебных занятиях, воспитательном процессе, организации внешкольного общения учащихся (например, совместная программа психолога и педагога по адаптации первоклассников, которая реализуется педагогом в процессе учебного и внеучебного общения). Другой формой развивающей работы психолога может быть обучающая психодиагностика – самопознание и саморазвитие подростков и старшеклассников в процессе совместного с психологом анализа данных различных психодиагностических процедур.

Кроме того, психическое развитие может осуществляться через различные традиционные и привычные школьникам формы внутришкольной работы, которые планируются педагогами и психологами с учетом развивающего эффекта. Он может быть заложен в саму форму организации мероприятия (например, она потребует от школьников навыков конкурентного и сотрудничающего поведения, навыков понимания чувств и переживаний других, самоанализа) или в его содержание (психологические КВНы, олимпиады и пр.).

В учебной деятельности развивающая работа может проводиться психологом опосредованно. Совместно с педагогом психолог может разработать и внедрить на уроках различные формы работы, позволяющие детям максимально развивать стороны их психического мира (интеллектуальная, эмоциональная, духовная сфера детей).

Психокоррекционная работа в школьной практике ориентирована на школьников с психологическими проблемами. Психолог не может создавать в рамках школы индивидуальную коррекционную программу под каждого ученика. Поэтому у него должен быть набор соответствующих коррекционных программ, специализированных по возрастам, а внутри каждого возраста – по важнейшим проблемам, с которыми может столкнуться и в состоянии работать школьный психолог. Здесь снова встает вопрос о границах профессиональной компетенции психолога. Очевидно, что основным направлением коррекционной работы должны стать адаптация школьников к школе и трудности в их познавательной сфере (в рамках психической нормы). За решение проблем другого рода – эмоционально-личностных, например, он может браться в

случае наличия у него достаточных профессиональных навыков. Коррекционная работа проводится индивидуально или в группе, если нет противопоказаний и нежелания самого ребенка.

3.2.3. Консультирование и просвещение школьников, родителей и педагогов

Консультирование и просвещение школьников.

Психологическое просвещение школьников ориентировано на создание условий для активного присвоения и использования школьниками социально-психологических знаний в процессе обучения, общения и личностного развития. Сегодня оно достаточно популярно, что не умаляет вопроса о его эффективности. С точки зрения задач сопровождения включение психологического просвещения в процессе предметного обучения не является эффективным. Чтобы полученные школьниками знания могли быть ими использованы, они должны быть живыми, активными, постигаться в процессе активного присвоения. Это накладывает обязательство серьезного отбора содержания и форм просветительской работы психолога, чтобы они стали действительно катализаторами внутренних процессов. Необходимо не только учитывать возраст, ценности присущие детям, уровень реального развития детей, их готовность к усвоению тех или иных знаний, но и знать реальную групповую ситуацию в том или ином классе (параллели). Психологическое просвещение может быть организовано в ответ на запрос со стороны школьников на определенные знания. Например, каковы психологические требования к различным профессиям (старшеклассники), социально-психологические знания, необходимые подросткам в ситуации тяжелого внутригруппового конфликта, конфликта со значимым учителем. Психолог должен быть готов в этих ситуациях предложить информацию, позволяющую по-другому взглянуть на конфликт. Это формирует потребность у школьников в социально-психологической информации, культуру потребления определенной научной информации.

Психолог может также формировать запрос на определенные психологические знания, построив занятие с группой так, чтобы в конце вывести ребят на конкретную проблему благодаря групповой дискуссии или игре. Эта проблема становится объектом изучения на следующем занятии.

Форма организации должна быть такой, чтобы включить психологическое просвещение в привлекательные или актуально значимые для данного школьного возраста или субкультуры формы активности: КВНы, олимпиады, тематические вечера, «Что? Где? Когда?», сценарии «Цветовой день школы».

Консультирование школьников ориентировано на подростков и старшеклассников. В рамках подхода сопровождения консультирование

рассматривается как многофункциональный вид индивидуальной работы психолога со школьниками, в рамках которого решаются задачи:

- оказание помощи подросткам и старшеклассникам, испытывающим трудности в обучении, общении или психическом самочувствии;
- обучение подростков и старшеклассников навыкам самопознания, самораскрытия и самоанализа, использования своих психологических особенностей и возможностей для успешного обучения и развития;
- оказание психологической помощи и поддержки школьникам, находящимся в состоянии актуального стресса, конфликта, сильного эмоционального переживания.

Консультирование организуется в основном по запросу со стороны школьника. Однако в школьной практике существуют случаи, когда психолог создает определенные условия, не дожидаясь добровольного обращения к нему подростка. Нередко это вызывает протест со стороны учащегося и требует высокопрофессиональных действий от психолога, направленных на привлечение ученика к диалогу и процессу решения проблем.

Психологическое просвещение и консультирование педагогов.

Психологическое консультирование – принципиально важное направление школьной практической деятельности психолога. В процессе консультирования организуется конструктивное сотрудничество с педагогами и администрацией, что определяет успешность сопровождения. Значит, консультирование – универсальная форма организации сотрудничества педагогов в решении школьных проблем детей.

Педагогу предлагаются не готовые рецепты, а сотрудничество на равных. При этом психолог делит ответственность за результаты консультирования с педагогом. Его задача – создать среду для плодотворного обсуждения, всестороннего рассмотрения проблемы, изложить свою точку зрения и предложить возможные формы своего участия в реализации решения, которое принял сам педагог.

Консультирование основывается на следующих принципах:

- равноправное взаимодействие психолога и педагога;
- формирование у педагогов установки на самостоятельное решение возникших проблем;
- принятие участниками консультирования ответственности за совместные решения;
- распределение профессиональных функций между педагогом и психологом.

Консультирование имеет три основных направления.

1. Консультирование педагогов-предметников и воспитателей по вопросам разработки и реализации психологически адекватных программ обучения и воспитания. Адекватность подразумевает соответствие программ научным психолого-педагогическим и психофизиологическим

требованиям к обучению школьников определенного возраста, уровню развития и реальным возможностям конкретных учащихся.

2. Консультирование педагогов по поводу проблем обучения, поведения или межличностного взаимодействия конкретных учащихся или ученических групп. Перспективными являются индивидуальные консультации (в случае запроса самого учителя) и психолого-педагогические консилиумы с четким распределением функций и обязанностей внутри группы участников и общей ответственностью за реализацию принимаемых решений. Психолого-педагогический консилиум представляется собой организационную форму, в рамках которой разрабатывается и планируется единая психолого-педагогическая стратегия сопровождения каждого ребенка в процессе его обучения, а также ученических групп и параллелей.

3. Консультирование педагогов по вопросам их профессионального и личностного роста.

3.3. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛЬНОГО ПСИХОЛОГА

3.3.1. Цель, задачи и специфика деятельности специального психолога

Любой психолог, сталкиваясь в своей работе с детьми с нарушениями социально-психологической адаптации (неважно, что это: трудности обучения, поведенческие девиации, нарушения процесса социализации или иное) и с необходимостью оказания им психологической помощи, выходящей, как правило, за пределы обычного «доразвития» детей, начинает, по сути дела, становиться *специальным психологом*. При этом абсолютно неважно, проходит ли его деятельность в массовом общеобразовательном учреждении, в психолого-медико-социальном образовательном центре, учреждении дополнительного образования или в системе специального образования.

Выделение *специальной психологии* как самостоятельной отрасли психологической науки и практики относят к 60-м годам прошлого (XX) столетия. Но это лишь формальное юридическое закрепление того, что многие десятилетия развивалось в рамках *дефектологии* — комплексной отрасли педагогики, занимающейся разработкой психолого-медико-педагогических коррекционных воздействий (в первую очередь — коррекционного обучения) в отношении детей с отклонениями в развитии. В настоящее время можно говорить о реальном выделении специальной психологии как отдельной части психологической науки на стыке психологии развития и коррекционной педагогики.

Хорошо известно, что, как только ребенок перестает удовлетворять определенным стандартам (пусть даже на короткое время) и выходит, таким образом, за пределы социально-психологического норматива, он и его окружение начинают нуждаться именно в специализированной помощи, которая должна опираться на положения и принципы именно специальной психологии как науки о «нестандартности» и «ненормативности». А психолог при этом подходе, реализуя «специально психологические» технологии и тактики, выполняет функции (пусть даже и на короткое время) *специального психолога*.

Цель деятельности такого психолога: на основе понимания причин, механизмов конкретного варианта отклоняющегося развития разработать адекватные им коррекционные (в широком смысле слова) мероприятия с целью обеспечения максимальной социально-психологической адаптации ребенка в образовательной среде.



Задачи психологического сопровождения ребенка специальным психологом состоят в следующем:



- 1) определение наиболее адекватных путей и средств развивающе-коррекционной работы с ребенком;
- 2) прогнозирование развития ребенка и возможностей обучения на основе выявленных особенностей развития;
- 3) реализация собственно психологической развивающе-коррекционной работы на протяжении всего образовательного процесса.


Исходя из этих целей и задач, можно сформулировать и ряд принципов, лежащих в основе деятельности психолога специального (коррекционного) образовательного учреждения.

3.3.2. Принципы деятельности специального психолога

К основным принципам деятельности специального психолога следует отнести.


  **Принцип теоретико-методологического «позиционирования» психолога** заключается в необходимости определить собственную теоретическую позицию, приверженность к какой-либо определенной теоретической школе, научной концепции.


  **Принцип единства методологии, диагностической и коррекционной деятельности** исходит из необходимости теснейшей связи между теоретическими позициями психолога, соответствующей им методологии и конкретными диагностическими и коррекционными средствами, построенными на основе той же методологии. Ведь нередки случаи, когда мы говорим о «периодизации по Эльконину», «высших психических функциях», других основополагающих понятиях, но в то же время пользуемся тестами и методиками, разработанными в иной теоретической парадигме, используем в своей коррекционной работе подходы и тактики третьей стороны. И примеров такого наихудшего варианта эклектики достаточно много.


 **Принцип структурно-динамической целостности** изучения и работы с ребенком. Данный принцип выражается в представлении о том, что отдельные стороны психической организации (психические функции и процессы, отдельные сферы) не изолированы, а проявляются целостно, существуют в единой структурной организации и столь же целостно реагируют на все внешние воздействия, преобразуя их посредством собственной внутренней активности ребенка к развитию, к взаимодействию с окружающей образовательной средой.

 **Принцип терминологической адекватности.**


Крайне актуальной в настоящее время является проблема, связанная с использованием в реальной практике детского психолога адекватной терминологии, которую можно четко отграничить от понятий смежных дисциплин. Адекватность терминологии психолога должна быть распространена на все области его деятельности: диагностическую, коррекционно-развивающую, консультативную и пр. Очевидно, что эта проблема должна решаться как в вопросах гуманизации образования, психологической этики, так и в результате отработки психологически адекватной терминологии во всех аспектах деятельности специального психолога.

 **Оценка эффективности деятельности психолога через адаптацию ребенка в образовательной среде.** В отличие от педагогической деятельности, в которой имеются собственные критерии оценки эффективности, надежных критериев эффективности психологической деятельности до настоящего времени не найдено. Большинство предлагаемых критериев относится к области субъективного (например, оценка эффективности работы с ребенком по анкетированию родителей, педагогов и т.п.). Е.Л. Шепко, рассматривая психическое здоровье как интегральный показатель благополучия в психическом развитии, предлагает оценивать его на основе такого психологического критерия, как степень социально-психологической адаптации ребенка, которая определяется в первую очередь как успешность приспособления к социально-психологическим требованиям окружающей среды. Изменение степени дезадаптации под воздействием коррекционно-развивающей работы психолога и переходе состояния ребенка из одной группы «психологического здоровья» в другую, менее тяжелую по параметру адаптации, и определяется как критерий эффективности психологической деятельности. Этот принцип организации деятельности специального психолога чрезвычайно важен в общей оценке качества работы психолога.

 **Приоритетность образовательных задач.** Необходимо понимать статус психолога как *вспомогательного* по отношению к педагогу-специалиста — специалиста, решающего дополнительные (а не основные) задачи образования.

 **Принцип междисциплинарности и координирующего характера деятельности психолога.** Являясь по сути дела «центральный» координирующим специалистом по отношению к ребенку

и его проблемам, психолог должен знать и понимать не только отдельные отрасли психологии, но и определенные сферы педагогики, социологии, медицины. Для специального психолога понимание клинического подхода практически во всем разнообразии отраслей медицины (а не только психопатологии и неврологии детского возраста) является принципиально необходимым.

 **Этические принципы и связанный с ними принцип профессиональной компетентности.** К этическим принципам следует отнести и рефлексию собственной *профессиональной компетентности*. Профессиональная компетентность как составляющая этики любого специалиста в настоящее время приобретает огромное значение. В условиях не всегда адекватно понимаемой демократизации образования, когда в образовательную практику буквально хлынул поток самых разнообразных практик и технологий, важно уметь ограничить круг своей компетенции, чтобы не превысить своих возможностей, в конечном итоге — не навредить ребенку.

3.3.3. Представления об отклоняющемся и нормативном развитии в специальной психологии

Следует отметить, что большинство современных исследований свидетельствует о резком усложнении за последнее десятилетие как структуры отклонений в развитии, так и о значительном увеличении количества сочетанных нарушений у различных категорий детей, появлении на рубеже 90-х годов XX века новых форм психического дизонтогенеза. Особенно сложными стали пограничные случаи, когда дифференциальная диагностика должна была дать определенный ответ на вопрос, к какой категории отклонений в развитии должно быть отнесено состояние ребенка. Последнее необходимо для максимально эффективного, безошибочного определения не только типа образовательного учреждения, соответствующего возможностям ребенка, но и создания индивидуально-ориентированных программ обучения, воспитания и специализированной помощи. Таким образом, возникает необходимость не только подобрать определение (термин), которое адекватно бы описывало всех проблемных детей, но также концептуально определить содержание деятельности специального психолога.

Психологическим понятием, терминологически и содержательно адекватным применительно к самым различным категориям проблемных детей, является термин *отклоняющееся развитие*. Само понятие ***отклоняющееся развитие*** должно рассматриваться только в ситуации «отклоняющееся относительно чего-либо». То есть использование этого определения влечет необходимость понимания динамики изменений в ходе подобного развития в сравнении с динамикой развития нормативного.

Существуют разные виды норм.

1. **Статистическая норма** - это тот уровень психосоциального развития человека, который соответствует среднестатистическим (количественным) показателям, полученным при обследовании репрезентативной группы людей того же возрастного диапазона, пола, культуры и т.п.

2. **Функциональная норма** — своего рода индивидуальная норма развития, которая является отправной точкой и одновременно целью коррекционно-развивающей работы с человеком, независимо от характера имеющихся у него особенностей.

3. **Идеальная норма** (идеальный онтогенез) — несуществующее в реальности образование, имеющее исключительно теоретическую значимость как объект, обладающий набором свойств и качеств, существующих в сознании одного человека или группы лиц.

4. Понятие **типологического норматива** определяет совокупность наиболее частотных (качественных и количественных) характеристик и особенностей ребенка, отражающих специфический (типологический) вариант развития - своего рода психологический синдром. Занимает как бы промежуточное положение между статистической и функциональной нормой.

5. **Социально-психологический норматив (СПН)** по К.М. Гуревичу - это «...система требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов».

Объединив понятия программы развития (идеальный онтогенез) и социально-психологического норматива в контексте рассматриваемого определения отклоняющегося развития, можно говорить, что изменения (девиации) программы развития в пределах, определяемых социально-психологическим нормативом, можно рассматривать как **условно нормативное развитие**.

Подобный подход может быть распространен и на социально-психологический норматив, предъявляемый в условиях специального образования, с той только разницей, что в этом случае в качестве условно-нормативного развития будет принят некий **типологический социально-психологический норматив**, характерный для данного типа и вида специального (коррекционного) образовательного учреждения. Таким образом, СПН можно рассматривать в более общем плане — по отношению к среднестатистическим показателям для всей детской популяции и более узко — по отношению к конкретной (в данном случае — образовательной) ситуации. Причем такой подход к СПН может быть применен к любому уровню образования: от специального коррекционного до гимназического и специализированного для одаренных детей.

В то же время любое изменение (опережение или запаздывание) психической функции (функциональной системы, всей многоуровневой и взаимосвязанной системы психического развития), выходящее за пределы

области, определяемой конкретным СПН, можно оценить как *отклоняющееся развитие*.

В связи со сказанным выше делается более понятным и диагностический компонент деятельности специального психолога - оценка актуального состояния ребенка с отнесением в целом его развития к условно нормативному (в пределах среднепопуляционного социально-психологического норматива, распространяемого, в целом, на систему массового образования) либо к отклоняющемуся. В свою очередь, отклоняющимся развитие может быть названо и в узком смысле — как отклоняющееся от конкретного (типологического) СПН, характерного для конкретной образовательной системы. Подобный подход реализуется при оценке готовности ребенка к обучению, когда в реальной практике образования готовность того или иного ребенка к началу школьного обучения сознательно или неосознанно соотносится с уровнем требований того образовательного учреждения, куда поступает ребенок.

3.4. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПСИХОЛОГА

3.4.1. Основные виды планирования деятельности психолога

Одной из важных организационных задач деятельности психолога в образовательном учреждении является планирование работы на год.

Можно говорить, по крайней мере, о двух видах планирования деятельности педагогом-психологом специального (коррекционного) образовательного учреждения:

- *перспективное планирование* — на весь учебный год и на отдельные его периоды в соответствии с особенностями данного учреждения, требованиями администрации и т.п.;
- *текущее планирование* — на такие периоды, как рабочая неделя, месяц; в свою очередь, планирование на рабочую неделю включает и ежедневное планирование.

В целом планирование всего объема работы педагогом-психологом определяется как целями и задачами, так и видом и конкретными запросами данного образовательного учреждения.

Направления, особенности и объем психологической работы на весь учебный год должны быть согласованы и утверждены как с администрацией образовательного учреждения, так и с руководством психологической службы образования (по методической линии).

Существует, по крайней мере, две формы перспективного планирования: проектное планирование и планирование по направлениям деятельности.

Перспективное планирование осуществляется, как правило, в начальный период деятельности педагога-психолога: преимущественно в августе — начале сентября.

В основе перспективного планирования — цели и задачи деятельности психолога на ближайший учебный год, которые раскрываются в конкретных видах работы и реализуются в различных формах. Общая схема перспективного планирования представляет собой следующую цепочку: цели — содержание работы — виды работы — адекватные формы и средства реализации. Все это должно быть в той или иной мере отражено в документации по перспективному планированию.

Возможными источниками целеполагания (целей и задач) в деятельности педагога-психолога могут выступать: цели и задачи, вытекающие из учебной программы образовательного учреждения на текущий год; актуальные проблемы образовательной среды коррекционного учреждения, выявленные с помощью анализа деятельности учреждения в предыдущем году.

Желательно в перспективном планировании отразить способы оценки собственной деятельности и критерии ее эффективности.

Основной формой перспективного планирования на настоящий момент можно считать *планирование по направлениям деятельности*. Здесь учитываются непосредственно основные направления деятельности психолога, отраженные в Положении о службе практической психологии. Деятельность педагога-психолога включает в себя:

- диагностическую деятельность;
- консультативную деятельность;
- коррекционно-развивающую работа;
- экспертную работа;
- организационно-методическую деятельность;
- просветительскую работа.

Документирование. При планировании *по направлениям и видам деятельности* в соответствующих разделах плана необходимо указать (без углубленной детализации), по какому направлению, виду, в каких формах предполагается тот или иной вид деятельности.

Следует отметить, что виды и направления работ психолога должны соответствовать стажу, опыту работы, а также исходить из соответствующей профессиональной подготовки, повышения квалификации. В первую очередь это должно касаться коррекционно-развивающей, просветительской и организационно-методической работы. При согласовании плана работ с методическими структурами службы (руководителем соответствующего структурного подразделения службы, методистом методобъединения практических психологов, методистом ППМС-центра специалистом управления образования, курирующим службу специальной психологии и др.) необходимо в какой-то степени детализировать, охарактеризовать и доказать свою компетентность в

проведении тех или иных предполагаемых направлений деятельности и получить согласие на их проведение.

В том случае, когда мероприятия планируются в обобщенном виде, необходимо отметить их начало и окончание (в разделе «*Сроки проведения*»). Например, какому-либо мероприятию может соответствовать запись: «*Сентябрь — май*». В случае планирования отдельных конкретных мероприятий, сроки проведения должны быть указаны более точно.

Дополнительно может быть конкретизирован и *характер отчетности*, где отражается вид отчетных материалов по данному разделу работы (например, аналитический отчет, примерная тематика семинаров, статистический анализ, заключения по результатам обследования, наименование сертификата по повышению квалификации, в том числе наименование учреждения, в котором будет проходить повышение квалификации и т.п.).

В таком разделе, как «*Коррекционно-развивающая деятельность*», должно быть в краткой форме пояснено, какие конкретно организационные формы и виды деятельности планируются психологом в рамках его компетентности, запросов учреждения и собственных интересов. Например: «*Индивидуальная коррекционная работа с детьми с особенностями аффективно-эмоциональной сферы*», «*Формирование произвольного компонента деятельности у детей с парциальной несформированностью (по результатам скринингового наблюдения)*» и т.п. Аналогичным образом в разделе «*Сроки проведения*» отмечаются приблизительные сроки проведения соответствующих развивающих или коррекционных мероприятий, если возможно, периоды реализации тех или иных коррекционно-развивающих программ, тренингов. В *Примечании* может быть указано, например, примерное количество детей, участвующих в соответствующей программе, тренинге, необходимое для проведения помещение и т.п.

При планировании «**Экспертных работ**» следует уделить внимание соотношению *плановых* экспертиз (проведение консилиумов, психолого-медико-педагогических комиссий, педагогических советов экспертного характера, участие в программах экспертизы специализированных психолого-педагогических программ и т.п.) и возможных *внеплановых* экспертиз. Например, отвести время в течение учебного года возможным внеплановым консилиумам по запросам педагогов, сотрудников детской комнаты милиции и т.п.

Планирование раздела «**Организационно-методическая работа**» должно вестись в соответствии с общим планом данного вида работы образовательного учреждения. В разделе «**Направления, виды и формы работы**» желательно отметить конкретные темы семинаров, выступлений на методическом объединении, планируемых для коллег психологов, других специалистов, а также конкретные сроки их проведения. Здесь же

отмечается и планируемое повышение квалификации, овладение новыми диагностическими, развивающими и коррекционными программами.

В разделе **«Просветительская работа»** желательно отразить конкретные темы семинаров для родителей детей и подростков, непосредственно для подростков, а также темы семинаров или групповых консультаций просветительской направленности для других участников образовательного процесса или смежных специалистов. В *Примечании* к этому направлению деятельности необходимо указать категорию участников семинара или групповых консультаций, для которых эти работы планируются.

Подобная детализация перспективного планирования дает возможность в конце года оценить результат выполнения планируемых мероприятий по всем направлениям деятельности специалиста, а также оценить их корректировку на протяжении учебного года. В свою очередь, характер выполнения заявленных работ, реализованный их объем дает возможность составить в конце учебного года аналитический отчет с указанием того, что удалось, а что не удалось, и по каким причинам. Все это является необходимой информацией для обсуждения на методобъединении практических психологов, основой для аттестации специалиста.

Текущее (календарное) планирование. К разряду текущего планирования можно отнести непосредственное планирование рабочей недели (месяца) в виде конкретного расписания. В нем (с учетом перспективного планирования, планов и запросов администрации, педагогов и смежных специалистов, а также особенностей детей коррекционной школы) отражается все конкретное содержание деятельности психолога по дням недели и по часам.

Непосредственное расписание работы имеет смысл составлять на рабочую неделю с учетом неизменяемости общей структуры деятельности психолога в течение как минимум одного месяца. Это достаточно удобно и практично для организации деятельности психолога образования, в значительной степени уменьшает объем заполнения документации в целом. Выполнять запланированные виды работ будет удобнее, если связать их с конкретными днями недели. Например, определенный день (дни) отводятся диагностической работе и т.д.

Документирование. Для каждого дня недели (для учреждений интернатного типа — включая и субботу, и воскресенье, поскольку эти дни могут быть рабочими для психолога) выделяется достаточное количество строк, определяемых объемом возможных видов работ. В графе *«Время проведения»* отмечается не время отдельной единицы данного вида работы (например, каждого урока, отдельной диагностической процедуры), а *весь период* проведения тех или иных работ (в соответствии с отмечаемыми видами работ в графе *«Вид и форма работ»*). Например: в *Понедельник* с 9.00 до 14.00 *«Диагностические работы»*. Данный вид работы отмечается в графе *«Вид и форма работ»* на

той же строчке. В некоторых случаях, которые определяет сам психолог, в этой же графе можно указать форму деятельности. Например: «*Диагностическая работа: скрининговое наблюдение в начальных классах*», «*Коррекционная работа в среднем звене: проведение личностно-ориентированного тренинга*» и т.п.

Здесь же должна быть предусмотрена запись о том, где проводится тот или иной вид работы (графа «*Место проведения*»). В ситуации, когда, по согласованию с администрацией, психологу выделен один методический день в неделю, в этот день может быть заполнена лишь одна строка, но в графе «*Время проведения*» на этой строке отмечено все рабочее время этого дня. Если одно и то же запланированное на этой неделе (месяце) мероприятие проводится в различных местах, запись в графе «*Вид и форма работ*» дублируется с соответствующими записями в графах «*Время проведения*» и «*Место проведения*».

Расписание проведения отдельных видов работ, например консультирование родителей/ педагогов, проведение плановых консилиумов (комиссий), посещение уроков (если такой вид работы включен в деятельность психолога) нужно вывесить на кабинете психолога, чтобы другие участники образовательного процесса (а не только администрация) могли найти и согласовать со своим расписанием время для предъявления психологу имеющихся у них запросов.

3.4.2. Примерное распределение рабочего времени педагога-психолога

Согласно Инструктивному письму Минобразования России «*Об использовании рабочего времени педагога-психолога образовательного учреждения*» (от 24.12.2001 за № 29/1886-6) общее рабочее время психолога составляет 36 часов в неделю, из них:

18 часов предусмотрено использовать на непосредственную индивидуальную, групповую, профилактическую, диагностическую, коррекционную, развивающую, учебно-воспитательную и культурно-просветительскую работу с обучающимися, экспертно-консультационной и профилактической работе с родителями и педагогами (I);

18 часов — на подготовку к индивидуальной и групповой работе с обучающимися, воспитанниками, обработку, анализ, обобщение полученных результатов, подготовку к экспертно-консультационной и профилактической работе с педагогами и родителями, заполнение аналитической и отчетной документации, на организационно-методическую работу, повышение квалификации, самообразование и другую (II).

Время, затраченное на исполнение того или иного вида работ, также может варьироваться в зависимости от причин обращений к психологу,

первичности или повторности обращения, возраста, состояния и других особенностей обращающихся.

Кроме того, в соответствии с запросами администрации образовательного учреждения, сочетание видов работ и количество рабочего времени на их выполнение может изменяться. Если на некоторые из приведенных видов работ не существует запроса в образовательном учреждении, то время, отведенное на их выполнение, распределяется на другие виды работ и согласовывается с администрацией образовательного учреждения.

Ориентировочное распределение рабочего времени педагога-психолога (по видам деятельности)

Виды работ	I		II	
	Время на один прием (мероприятие)	Общее время в месяц	Время на подготовку или анализ	Общее время в месяц
Индивидуальное психологическое обследование	1—1,5 часа	15 часов	0,5—1 час	10 часов
Групповое психологическое (скрининговое) обследование	1—1,5 часа	3 часа	3—3,5 часа	7 часов
Индивидуальная консультация	1—1,5 часа	15 часов	0,3 часа	3 часа
Индивидуальное развивающее и коррекционное занятие	0,5—1,5 часа	15 часов	0,3 часа	3 часа
Групповое развивающее и коррекционное занятие	1—1,5 часа	20 часов	1 час	20 часов
Просветительская работа	0,5—1,5 часа	4 часа	0,5 часа	2 часа
Экспертная работа	2,5—3 часа	3 часа		2 часа
Организационно-методическая работа			7 часов	28 часов
Всего		75 часов		75 часов

Таким образом, в течение учебного года объемные ориентировочные показатели деятельности педагога-психолога по видам деятельности составляют:

- индивидуальное обследование: 100—150 человек;
- групповое обследование: 10—20 классов (групп);
- индивидуальная консультация: 100—150 консультаций;
- индивидуальное занятие: 100—150 занятий;

- групповое занятие: 200 занятий;
- просветительская работа со взрослыми: 40 занятий;
- участие в консилиумах, комиссиях, административных совещаниях: 10 заседаний.

3.4.3. Виды документации. Составление отчетов

Основными видами документации педагога-психолога следует считать: текущую (рабочую) документацию; отчетную документацию. Каждый из этих видов, в свою очередь, содержит различные единицы и формы.

Текущая документация и ее ведение. Составляющими единицами *текущей (рабочей)* документации являются:

- документация по планированию деятельности на учебный год и рабочую неделю (месяц);
- регистрационная часть документации (журнал регистрации видов работ);
- регистрационно-содержательная часть (документация по отдельным видам работ по всем направлениям деятельности психолога);
- регистрационно-методическая часть (перечень используемых психологом диагностических методик, тестов, развивающих и коррекционных программ);
- записная книжка психолога (особые даты, личные данные детей).

Данный вид документации является рекомендуемым именно для работы психолога с детьми с отклонениями в развитии, трудностями обучения и поведения. Даже в коррекционных учреждениях есть дети, выделяющиеся по своей сложности из контингента детей данного учреждения. В интегративных образовательных учреждениях тем более необходимо отслеживать наиболее сложных детей.

Отчетная документация и ее ведение. Отчетная документация педагога-психолога образовательного учреждения, в том числе специального психолога, представляет систему содержательного анализа деятельности по всем направлениям, предусмотренным Положением о практической психологии в образовании.

Составляющие единицы *отчетной документации*.

1. Текущая отчетная документация - первичное заключение по результатам индивидуального или группового обследования участника(ов) образовательного процесса - промежуточное (динамическое) заключение; итоговое заключение по результатам деятельности педагога-психолога; листы индивидуальной и групповой коррекционно-развивающей работы.

2. Промежуточная отчетность - статистико-аналитическая отчетность с кратким анализом полученных показателей деятельности педагога-психолога за отчетный период, принятый в данном образовательном учреждении.

3. Итоговая отчетность - развернутый аналитический отчет педагога-психолога за учебный год в соответствии с утвержденным на год перспективным планом.

Основным *отчетным периодом* по всем видам деятельности психолога имеет смысл считать месяц. Практика показывает, что это удобно и для деятельности самого психолога, и для образовательного учреждения. В особенности это представляет удобство для образовательных центров, учреждений интернатного типа. Отчетным может стать и какой-либо другой период, принятый в данном образовательном учреждении.

Текущая отчетность представляет в первую очередь заключения по результатам консультативно-диагностической работы, оформляемые специалистом непосредственно после проведения консультации и диагностики участников образовательного процесса. Кроме того, к текущей отчетности следует отнести периодическую оценку динамики проводимых развивающих или коррекционных мероприятий. Подобная оценка может отражаться как в специальных бланках для проведения индивидуальной или групповой работы, так и в кратких аналитических отчетах по результатам отдельных циклов, тематических разделов занятий и т.п. Полнота и объем текущего анализа определяются особенностями деятельности специалиста (например, особенностями консультаций, включением в структуру консультационного процесса элементов психотерапии или психотерапевтическая направленность деятельности психолога-консультанта в целом), а также профилем и отчасти типом образовательного учреждения.

В свою очередь, заключения по результатам диагностического обследования можно разделить по следующим видам:

- *заключение по результатам индивидуального обследования ребенка, членов его семьи* (неотъемлемой частью такого исследования является оценка родительско-детских отношений, даже если для этого не используется каких-либо специальных методик исследования), *педагогических работников;*
- *заключение по результатам групповой диагностики.*

В рамках индивидуального обследования можно говорить о *первичном (углубленном) обследовании, динамическом и итоговом индивидуальном обследовании.*

Групповая диагностика может проводиться как в форме отдельных диагностических мероприятий (например, оценка психологической готовности детей к школьному обучению, психологический анализ адаптации группы детей (всего класса) к переходу в среднюю школу и т.п.), так и в структуре специально организованной программы мониторингового типа. К таким программам относится, например, проведение мониторинговых социометрических исследований, включенных в отдельных регионах в деятельность педагога-психолога в качестве обязательного ее компонента. Подобный вид деятельности

требует особой оценки и анализа и, соответственно, должен быть отражен в текущей документации специалиста.

Следует выделить также такие формы текущей отчетности специалиста, как заключения (отчет) по промежуточным итоговым результатам индивидуальной и групповой коррекционно-развивающей работы. *Аналитическим отчетом* за период деятельности психолога в первую очередь следует считать годовой отчет о проведенной работе. Промежуточные (например, месячные) отчеты следует рассматривать лишь в статистическом виде. В то же время в некоторых образовательных учреждениях (например, в ППС-центрах, структурных подразделениях при управлениях образования, отдельных ПМПК) может потребоваться аналитическая справка за другие периоды деятельности психолога (полугодие, четверть и т.п.). В любом случае необходимость аналитического отчета по результатам деятельности психолога за периоды, меньшие, чем учебный год, следует рассматривать как особые требования, предъявляемые администрацией образовательного учреждения.

Составление годового аналитического отчета. В итоговом аналитическом отчете должны быть отражены все виды деятельности специалиста в соответствии с видами работы. По каждой части должны быть приведены статистические данные и анализ результатов.

При написании итогового отчета, анализируя выполнение поставленных задач, педагог-психолог, помимо приведенной статистики и ее анализа, должен указать то, что не получилось, какие затруднения, проблемы перед ним возникли, что должно стать целями и задачами следующего учебного года. Таким образом, исходя из анализа возникших проблем, с учетом новых инструментально-методических средств, которыми овладел психолог за отчетный период, прописываются задачи и перспективы работы на новый учебный год. В качестве итоговой статистической отчетности удобно использовать форму, аналогичную форме промежуточной статистической отчетности.

В целом итоговый отчет составляется в свободной форме. В нем должны быть отражены следующие позиции, включая необходимые количественные показатели по видам работ.

1. Общие итоги реализации (как содержательного, так и организационного характера) психологических программ в соответствии с целями и задачами данного образовательного учреждения на текущий учебный год.

2. Общие итоги реализации психологической помощи (сопровождения) детям с трудностями обучения, трудностями (особенностями) адаптации к учебному процессу, образовательной среде в целом, к коллективу сверстников.

3. Объем и способы решения задач, определенных в разделе перспективного планирования (по видам деятельности педагога психолога).

4. Общая характеристика групп детей, отдельных категорий

детей, с которыми педагог-психолог работал в течение учебного года.

5. Общая характеристика педагогических работников, администрации, других категорий участников образовательного процесса, родителей, с которыми в течение учебного года проводилась работа психолога (по видам деятельности).

6. Эффективность и результативность проводимых видов работ (по группам и категориям детей, группам и категориям других участников образовательного процесса и родителей).

7. Уровень реализации целей и задач, лежащих в основе перспективного планирования по отношению к запланированному.

8. Уровень реализации отдельных видов работ, отраженных в годовом перспективном планировании, по отношению к запланированному.

9. Проблемы, возникшие в результате выполнения отдельных видов работ педагога-психолога.

10. Необходимые для дальнейшей реализации поставленных целей и задач организационно-методические мероприятия, перспективы дальнейшей работы.

11. Новые инструментально-методические средства, которыми овладел педагог-психолог за отчетный период (диагностические методы и методики, коррекционно-развивающие программы, использование новых дидактических средств).

12. Собственные авторские программы (диагностическо-консультационной, коррекционно-развивающей, организационно-методической деятельности), разработанные и апробированные (находящиеся в процессе апробации) за отчетный период.

13. Повышение квалификации, переподготовка, отдельные учебные курсы и семинары, стажировка на рабочем месте и т.п. за отчетный период (с представлением соответствующих свидетельств, дипломов, сертификатов), в том числе незаконченное повышение квалификации, переподготовка и т.п.

14. Предварительное перспективное планирование деятельности на следующий учебный год (по направлениям деятельности или в рамках какого-либо планируемого проекта).

Список литературы

Битянова М.Р. Организация психологической работы в школе. М., 2002.

Левченко И.Ю., Забрамная С.Д., Добровольская Т.А. Психолого-педагогическая диагностика. М., 2003.

Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии / У.В. Ульенкова, Е.В. Лебедева. М., 2008.

Семаго М.М., Семаго Н.Я. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. М., 2005.

Специальная психология: учебник для студ. / В.И. Лубовский, В.Г. Петрова, Т.В. Розанова и др.; под ред. В.И. Лубовского. М., 2009.

Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. М., 2001.

Учебное издание

**Акименко Анастасия Константиновна
Георгица Елена Александровна
Григина Елена Сергеевна
Колчина Алина Геннадиевна
Коновалова Марина Дмитриевна
Кухарчук Ольга Валерьевна
Рудзинская Танзиля Фаатовна
Сулова Ольга Ивановна
Шипова Лариса Валентиновна**

Курс лекций по специальной психологии

Учебное пособие

Под ред. Л.В. Шиповой