

**Семаго Н.Я., Семаго М.М.**

**Проблемные дети:  
Основы диагностической  
и коррекционной работы психолога**

*Семаго Н.Я., Семаго М.М.*

**Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога.**  
**М.: АРКТИ, 2000.** — 208 с.: илл. (*Библиотека психолога-практика*)

В книге изложены методологические принципы и основы деятельности психолога, работающего с детьми, нуждающимися в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Приведена современная классификация и типология отклоняющегося развития. Описаны основные принципы и технологии диагностической и коррекционной работы, составления заключений и ведения рабочей документации психолога образования. Методическое пособие адресовано психологам в системе общеобразовательных школ, педагогам-психологам специальных образовательных учреждений для обучения детей с отклонениями в развитии, специалистам ПМПК, психологам в составе учреждений здравоохранения и социальной защиты. Пособие может быть использовано для подготовки студентов факультетов психологии и специальной психологии педагогических университетов и институтов, а также в системе повышений квалификации работников образования в области коррекционной педагогики и специальной психологии.

*С глубоким уважением посвящается нашим учителям - Владимиру Ивановичу Лубовскому и Виктору Васильевичу Лебединскому*

## ВВЕДЕНИЕ

Представляемая на профессиональный суд книга является результатом более чем двадцатилетнего совместного практического опыта работы авторов с различными категориями детей. Изначально авторы не ставили задачи создать какую-либо новую теорию, представить некое теоретическое обобщение. Мы просто консультировали детей и, работая с ними, пытались делать это максимально эффективно. По мере накопления опыта нам все время приходилось сталкиваться с трудностями, которые, с одной стороны, снижали эффективность работы, а с другой — не находили объяснения в литературе. Мы видели и чувствовали, что дети меняются, а методы диагностики и программы коррекции не совсем подходят к современным детям. И, несмотря на то, что за последние 8-10 лет на нас (впрочем, как и на всех психологов) обрушился вал самой разнообразной психологической литературы, мы не смогли найти в ней ответов почти ни на один наш «практический» вопрос.

Поэтому мы попытались сами, используя наиболее адекватные для целей психологического исследования методы, как классические, так и авторские, опираясь на созданные теоретические концепции психического развития ребенка, собственный опыт и собственные представления, создать целостное, интегративное понимание психического развития, обосновать и построить именно в этом ключе технологичные и эффективные программы развития и коррекции детей с проблемами развития. Суть такого подхода заключается в возможности в рамках психологической диагностики «увидеть» весь спектр проблем ребенка: от медицинских и логопедических до социальных и педагогических. При этом безусловно предполагается «доля» участия в помощи ребенку каждого из специалистов.

Подобный интегративный подход оказался особенно продуктивным именно сейчас, когда стало более четким понимание всей структуры развития ребенка в широком смысле этого слова, появились новые составляющие и единицы анализа его развития.

Еще одним доводом в пользу необходимости этой книги явились новые направления в психологии, которые, с нашей точки зрения, буквально «взорвали» современную детскую психологию на пороге нового столетия. Не учитывать и не использовать их в своей повседневной практике современный психолог уже не имеет права. Примером таких теорий, с нашей точки зрения кардинально изменивших подходы к анализу развития ребенка, являются различные направления нейропсихологии детского возраста, которые явились логическим продолжением нейропсихологии А.Р. Лурия.

Нейропсихология детского возраста как наука о формировании мозговой организации психических процессов в онтогенезе представлена работами основоположников Детской нейропсихологии Э.Г. Симерницкой, Т.В. Ахутиной, А. В. Семенович. Ими разработаны основные методологические подходы нейропсихологического анализа детского развития.

Одной своей стороной нейропсихология детского возраста «...обращена к законам превращения ансамблей мозговых систем и подсистем (дискретных, асинхронно и гетерохронно развивающихся) в единый комплекс опосредования целостного поведения человека, с другой стороны, она создана (по

А.Р. Лурия) как системно-динамический, факторный подход к строению и анализу развития каждой психической функции в ее соотношении с работой различных зон мозга» [31].

Нейропсихологический подход является не только и не столько феноменологическим; в первую очередь он ставит перед собой «...задачу нахождения в многослойной структуре дизонтогенетического явления исходного, первичного патогенного фактора, служащего базисом для возникновения того или иного типа отклоняющегося развития, следствием которого и являются различные варианты учебной и поведенческой дезадаптации ребенка» (там же).

В рамках этого подхода А.В. Семенович и ее сотрудниками предложены такие понятия, как «отклоняющееся развитие», «принцип замещающего онтогенеза», о которых мы еще не раз упомянем на страницах нашей книги. Такой подход в корне изменяет понимание причин и характера развития ребенка, позволяет принципиально иным путем построить систему развивающей и коррекционной работы.

Наиболее важным и продуктивным для работы психолога является описание вариантов (синдромов) онтогенеза психики в той части детской популяции, которая «подходит» под понятие «отклоняющееся развитие» (см. раздел 1). Понятие «синдром» в данном контексте представляется наиболее адекватным, поскольку в нейропсихологической парадигме существует понятие «синдрома-логия индивидуальных различий». Лежащие в основе каждого из синдромов патогенные факторы суть отражение несостоятельности определенных звеньев психической деятельности ребенка вследствие их несформированности. Базисом для последней является тот или иной вариант незрелости и искажения формирования их мозговой организации. Более подробно на нейропсихологических синдромах как основе одной из современных классификаций отклоняющегося развития мы остановимся во *втором разделе*.

Следует отметить, что одним из наиболее важных понятий, предложенных в школе А.В. Семенович, является понятие атипичности психического развития [32], когда происходит трансформация всех составляющих психического онтогенеза, что не только обуславливает специфическую феноменологию, но и часто является одним из факторов, определяющим современное состояние детей с отклоняющимся развитием и вероятностный прогноз развития ребенка. Наличие фактора левшества констатирует специфические характеристики мозговой организации психических процессов: отсутствие «стандартной» дифференциации внутри- и межполушарных связей, отставание в развитии биоэлектрической ритмики мозга, существенную специфику всей нейропсихологической схемы онтогенеза. Все это приводит к различным негативным феноменологическим проявлениям, школьной и социальной дезадаптации ребенка.

Учет подобных феноменов в структуре нейропсихологического подхода к атипичному онтогенезу необходим и продуктивен не только в отношении диагностической и коррекционной работы, но и, как уже отмечалось, с точки зрения клинико-психологического прогнозирования.

Другой теорией, которая легла в основу наших представлений и подходов к технологиям работы с детьми, является созданный в научной школе К.С. Лебединской, О.С. Никольской анализ аффективной сферы как целостного класса базальных явлений, являющихся необходимым условием адаптации и реализации психического развития ребенка и жизненной программы индивида в целом с точки зрения ее (аффективной сферы) уровневой организации. Анализ аффективной организации поведения и сознания с точки зрения системы базовой уровневой регуляции дает возможность практической реализации мысли Л.С. Выготского о единстве интеллектуального и аффективного в организации и самых простых, и самых сложных форм психической жизни.

Использование этих подходов к анализу аффективной сферы дает возможность построить чрезвычайно эффективную диагностическую и коррекционную работу, еще раз подтверждая тезис необходимости интегративного подхода к анализу развития ребенка.

Нельзя не упомянуть и того, что в основе предлагаемых нами взглядов на психическое развитие ребенка лежат непреложные законы развития, описанные Л.С. Выготским. В то же время новые направления исследований и используемые подходы упомянутых школ при анализе современных особенностей психического развития детей позволили нам несколько по-иному взглянуть на базовые понятия отечественной психологии. Мы предлагаем вниманию читателей такое понимание идей Л.С. Выготского, которое по своей сути является своеобразным методологическим «возвратом» к таким понятиям, как «зона ближайшего развития», «первичный» и «вторичный» дефекты и некоторым другим. Мы считаем, что предлагаемые нами подходы к этим основополагающим понятиям отечественной психологии и педагогики несколько не отрицают, а наоборот, «опредмечивают» теоретические постулаты Л.С. Выгот-

ского, возвращают нас к тому, что на самом деле было представлено в его взглядах. Обоснованием нашего толкования и является настоящая книга.

Особое внимание уделено в работе такой выделяемой нами структурной «макроединице» психического развития ребенка, как система базовых предпосылок (составляющих) психического развития ребенка. Проявляясь уже на самых ранних этапах развития как система предпосылок, в дальнейшем она «переходит» на операционально-технологический уровень организации психических процессов. Существование таких базовых предпосылок (составляющих) психического развития показало свою практическую эффективность как в диагностической, так и в коррекционной работе и находит свое подтверждение в подходах А.В. Семенович и О.С. Никольской.

Описанию этих теоретико-методологических подходов и современной психологической терминологии посвящен *первый раздел* книги.

Во *втором разделе* представлены основные современные клинико-психологические классификации проблемных детей, авторская психологическая типология отклоняющегося развития, характерные особенности выделяемых групп и типов детей как с точки зрения феноменологии, так и анализа структуры и характеристик их развития. Использование такой типологии дает в руки психолога собственный «инструмент» анализа, позволяет определить границы содержания его деятельности, взаимодействия с другими специалистами.

Предлагаемые варианты отклоняющегося развития основываются на выделении устойчивых показателей развития ребенка, к которым относятся в первую очередь базовые составляющие психического развития. Для каждого из предлагаемых типов отклоняющегося развития может быть определен специфический профиль сформированности каждой из трех базовых составляющих и их уровней. Описание основных феноменологических проявлений и характеристик каждого из предлагаемых типов в структуре четырех основных групп отклоняющегося развития: недостаточного, асинхронного, дефицитного и поврежденного — в табличном варианте приведены в Приложениях 1, 2, 3.

Такое детальное описание структуры психического развития, детализация основных показателей и характеристик предоставляет возможность реализовать один из принципов деятельности психолога — его координирующие функции. То есть мы считаем возможным и необходимым, опираясь на современные исследования различных психологических школ и направлений, говорить о технологии последовательности включения специалистов, участвующих в сопровождении ребенка в образовательном пространстве, в коррекционную работу. Тем самым психолог (естественно, обладающий достаточным опытом практической работы в образовании) способствует реализации принципа: «нужный специалист — в нужное время», становясь не руководителем, но координатором для создания эффективной системы сопровождения ребенка, создания основы для «педагогике успеха» (Е.И. Казакова).

Выделение наиболее существенных показателей психического развития ребенка для каждого типа закреплено в названии данного варианта, что дает возможность считать его **психологическим диагнозом**. Поскольку выделение каждого конкретного типа отклоняющегося развития основывается на учете не только феноменологических проявлений, характерных для этого варианта развития, но и всей иерархии структуры психического развития, мы считаем возможным говорить о **типологическом психологическом диагнозе** в том смысле, в каком это понималось Л.С. Выготским.

*Третий раздел* посвящен технологиям, связанным с проведением углубленного диагностического обследования. Как уже отмечалось, мы исходим из необходимости интегративного подхода к диагностике. Предлагаемые принципы построения диагностического обследования, лежащие в основе этого интегративного подхода, дают участникам диагностического процесса возможность эффективно и с наименьшими затратами времени и сил определить структуру и специфику развития ребенка.

Пожалуй, наиболее важной составляющей диагностического обследования является психологический анамнез, которому уделено наиболее пристальное внимание. Анализ литературы показал, что часто при оценке истории развития ребенка недостаточно учитываются важные показатели раннего моторного развития, роль соотношения их с этапами речевого развития и процессом овладения пространством в ортогональной системе координат.

Важными составляющими психологического обследования являются тактика и непосредственно сама технология его проведения.

В качестве методического обеспечения мы считаем принципиально важным использование классических отечественных психологических методов, которые отработались поколениями психологов и дефектологов. Мы не считаем нужным «гоняться» за модными, престижными зарубежными тестами или придумывать все новые и новые методики, стараясь перещеголять друг друга в оригинальности. Все, что необходимо для серьезного глубокого психологического обследования, уже определено нашими предшественниками: С.Я. Рубинштейн, В.М. Коганом, А.Н. Леонтьевым, А.Р. Лурия, другими отечественными педагогами и психологами. Нужно только «увидеть» в старом, не раз «опробованном» методе новые возможности определения тех или иных особенностей развития ребенка, правильно оценить и проанализировать полученные результаты. Наиболее часто используемые и эффективные для углубленного обследования детей методики и тесты приведены в Приложении 5. Именно с этой точки зрения и описывается обобщенный анализ результатов психологического обследования детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Принципиально новым является оценка сформированности уровневых структур базовых составляющих (предпосылок), предлагаемая авторами в качестве одной из наиболее важных единиц анализа.

Нам показалось необходимым рассмотреть и технологию составления психологического заключения, результатом которого должен стать психологический анализ и вероятностный прогноз развития ребенка. Практика работы в различных образовательных структурах показала, что многие психологи, особенно не имеющие достаточного опыта диагностической работы, с большим трудом могут составить заключение по результатам психологического обследования, которое и было бы понятно другим специалистам, и позволяло бы самому психологу сформулировать наиболее важные рекомендации родителям и педагогам, создать собственные или использовать имеющиеся коррекционные программы. Заключительная часть раздела посвящена проблеме выработки психологического диагноза, который позволяет сделать вероятностный прогноз развития и дать рекомендации по психолого-медико-педагогическому сопровождению ребенка.

В четвертом разделе книги приведены некоторые развивающе-коррекционные программы, которые, на наш взгляд, наиболее эффективно реализуют интегративный подход к коррекционной работе. Каждая представленная программа в той или иной степени использует принцип замещающего развития (онтогенеза), который в настоящее время является наиболее прогрессивным методологическим подходом к работе с детьми. Разработанный в школе нейропсихологии детского возраста (о которой мы не раз еще будем упоминать в нашей книге), этот принцип наиболее близок к реализации классического понимания Л.С. Выготским «зоны ближайшего развития».

К сожалению, рамки книги не позволяют привести программы, представленные в этом разделе, полностью. Отметим только, что они оказались наиболее эффективными и востребованными в образовательных учреждениях разного типа, в первую очередь — в образовательных центрах для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

Как и в предыдущих наших книгах, мы сочли необходимым дать в приложениях практические наработки, непосредственно касающиеся деятельности психолога образовательного учреждения: рекомендуемые временные нормативы для различных видов работ, образцы рабочей документации, которые уже получили распространение среди психологов-практиков.

Мы отдаем себе отчет в некоторой конспективности затронутых сложных проблем, недостаточной разработанности отдельных направлений. Несомненно, предлагаемый подход к психическому развитию ребенка и теоретико-методологические разработки носят дискуссионный характер, поэтому авторы будут признательны за все критические замечания по изложенным проблемам проникновения в структуру отклоняющегося развития. В свою очередь, мы хотели бы выразить благодарность за сделанные замечания и поправки А.В. Семенович, сотрудникам нейропсихологического отдела Комплекса социальной помощи детям и подросткам МКО — за помощь в работе. Особая глубокая признательность сотрудникам Центра «Детство» МКО и лично В.И. Лубовскому за неоценимую консультативную помощь и сопровождение нашей работы.

...Создать педологическую клинику трудного детства и означает эмпирически и теоретически выделить и описать богатства их каузально-динамических связей, во всей полноте их кондиционально-генетической обусловленности, основные типы, механизмы и формы развития нормального и аномального ребенка.... Л.С. Выготский *«Диагностика развития и педологическая клиника»*

## Раздел 1.

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАБОТЕ ПСИХОЛОГА С ПРОБЛЕМНЫМИ ДЕТЬМИ

## 1.1. Общие положения

В наиболее общем виде основные принципы деятельности специалистов, в первую очередь психолога, с проблемными детьми были сформулированы еще Л.С. Выготским [6] и в дальнейшем получили свое развитие в работах ведущих дефектологов и психологов страны. В то же время до сих пор они недостаточно конкретны, не воплощены в реально действующие технологии и не определяют методическое обеспечение психологической деятельности. Мы постараемся осветить современное понимание этих принципов и их разработку применительно непосредственно к деятельности детского психолога.

На наш взгляд, **основные цели деятельности психолога образования** можно сформулировать следующим образом:

— определение путей и средств развивающе-коррекционной работы с ребенком, а также прогноза его развития и возможностей обучения на основе выявленных особенностей развития (несформированностей или нарушений в когнитивной, моторной, эмоционально-личностной сферах и в поведении в целом);

— реализация психологической составляющей развивающе-коррекционной работы как в ситуации развития ребенка в целом, так и в рамках образования (как школьного компонента, так и внеурочной работы).

Деятельность психолога не может протекать изолированно от работы других специалистов образовательного учреждения, в то же время необходимо проводить достаточно четкие разграничения как направленности исследований, так и содержательной стороны деятельности всех специалистов, работающих с ребенком.

Наиболее остро этот вопрос ставится в условиях деятельности школьного психолого-медико-педагогического консилиума. Поскольку в настоящее время вступает в действие Положение о деятельности психолого-медико-педагогической системы сопровождения ребенка в условиях образовательного учреждения, основообразующим элементом которой является школьный психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПК), работа психолога образования должна осуществляться, согласно этому Положению, непосредственно в рамках деятельности школьного консилиума. Несмотря на то, что вопросы работы консилиума и его специалистов неоднократно обсуждались в современной психолого-педагогической литературе [16, 25, 26, 29], в нашей работе мы не можем не коснуться некоторых из них, теснейшим образом связанных с технологиями деятельности психолога образования.

Каждый специалист консилиума, ориентируясь на решение вопросов в сфере своей компетенции, должен вносить собственное понимание — одну из составных частей целостной картины квалификации состояния и развития ребенка, а также прогноз его возможностей в плане дальнейшего воспитания и обучения. Так, в постановке нозологического диагноза решающая роль принадлежит, несомненно, врачу (психиатру, неврологу и др.). Оценку «позитивного здоровья», социально-гигиенических требований и условий, окружающих ребенка, вероятнее всего можно возложить на валеолога, тем более что эта специализация находит «все большее развитие и распространение в образовательной среде. Квалификация такого важнейшего компонента психического развития, как речевое развитие, возлагается на логопеда, который совместно с учителем-дефектологом (или педагогом класса) определяет адекватные возможностям ребенка условия и форму обучения, а также тип образовательного учреждения. Сформированность определенных образовательных навыков и умений и соответствие их условно нормативным показателям, а также особенности несформированности этих умений и навыков диагностируются педагогом, а в сложных случаях — учителем-дефектологом. Социальная ситуация развития, среда, в которой находится ребенок вне образовательного учреждения, особенности социального статуса семьи должны оцениваться социальным педагогом или социальным работником школы.

На психолога в структуре деятельности школьного консилиума ложится установление уровня и особенностей актуального психического развития ребенка, в том числе и интеллектуального, выявление особенностей эмоционально-волевой сферы, личностных характеристик ребенка, особенностей его межличностных взаимодействий со сверстниками, родителями и другими взрослыми.

Наиболее важной характеристикой, которая должна быть выявлена психологом, является оценка возможностей овладения ребенком соответствующими программами развития и обучения (дошкольной, школьной, любой другой образовательной). Задачи обучения или образования в широком смысле являются наиболее актуальными и основными именно для нашей социокультурной системы, что, в свою очередь, определяет требования к деятельности психолога, работающего как в учреждениях образования, так и здравоохранения и социальной защиты.

Особое место занимает задача консультативного сопровождения семьи проблемного ребенка, которое является составной (в некоторых случаях главной) частью психологического сопровождения. Находясь «наиболее близко» (в психологическом плане) к ребенку по сравнению с другими специалистами, психолог является наиболее «ярким» защитником его прав в том смысле, в каком это описывалось выше. Хотим мы этого или не хотим, отражено это в каких либо документах или нет, но именно психолог все больше становится выразителем интересов ребенка и, следовательно, возлагает на себя функцию организатора и координатора всего сопровождения в целом. Это, на наш взгляд, веление времени. Несомненно, это требует от психолога коренных изменений в структуре и методологии собственной деятельности, чему, собственно говоря, и посвящена данная серия пособий.

Существует, как уже указывалось, ряд принципов, которые положены в основу деятельности всех специалистов психолого-медико-педагогического сопровождения, в том числе и психолога. Одним из важнейших методических принципов является **комплексность** изучения ребенка. Основное требование этого принципа предписывает тесное взаимодействие разных специалистов в ходе изучения ребенка: педагогов, логопедов, психологов и врачей. Использование каждым специалистом научных методов исследования позволяет получить сугубо специфические результаты, которые являются вкладом в целостное изучение особенностей развития и состояния ребенка. Функции каждого специалиста, особенности его взаимодействия с другими специалистами, показания и ограничения уже описаны в ряде пособий [25, 26].

Наиболее тесно к принципу комплексности примыкает принцип **стереоскопического видения**, сформулированный в свое время в рамках деятельности семейной консультации. В данном случае он определяет необходимость оценки состояния ребенка с различных точек зрения (с одной стороны, различными специалистами, с другой — при использовании психологом различных подходов непосредственно в своей практической деятельности). Примером такого «стереоскопического видения» ребенка является интеграция в едином обследовании систем нейропсихологической, патопсихологической оценки, а также использование психодинамического подхода и других элементов психокоррекции в одновременной с обследованием ребенка работе с родителями. Особую актуальность этот принцип приобретает в настоящее время, когда без подобной многогранной оценки сложных состояний ребенка различными специалистами и с разных точек зрения порой невозможно не только определить прогноз дальнейшего развития, но и поставить нозологический (медицинский) или психологический диагноз, дать педагогическую оценку, определить индивидуальный образовательный маршрут.

Следующим, не менее важным методологическим принципом является **целостность** изучения состояния ребенка. Отдельные стороны его психической организации (психические процессы, познавательная деятельность, эмоционально-личностное развитие) не изолированы, а проявляются целостно, в совокупности всех психических качеств личности, обусловлены мотивационными установками, зависимы от физического состояния.

В соответствии с данным положением определяется возможность использования той или иной диагностической процедуры или методики для оценки различных характеристик сформированности познавательной и эмоционально-волевой сфер ребенка, то есть строится диагностический, а в дальнейшем и развивающе-коррекционный сценарий психологической работы. Практическим следствием реализации этого принципа является то, что инструментарий психолога (как диагностический, так и коррекционный) приобретает полифункциональные, интегративные возможности: повышается эффективность всех составляющих его деятельности.

Теснейшим образом с предыдущими связан и принцип **структурно-динамического** изучения соматических и психофизических структур ребенка. Этот принцип (подход) был выдвинут классиком отечественной психологии Л.С. Выготским [5, 6]. Не вдаваясь в детальное изложение этого принципа, который неоднократно описан в специальной литературе, сформулируем лишь основное. В соответст-

вии с принципом структурно-динамического изучения ребенка каждая конкретная особенность его состояния изучается и оценивается с точки зрения как возрастной соотнесенности, так и в соответствии с определенной последовательностью развития, взаимодействием и «гетерохронией» (разновременностью) созревания тех или иных функций, входящих в единый «ансамбль» формирования той или иной характеристики деятельности ребенка. Учет данного принципа позволяет не только фиксировать отдельные нарушения или несформированность какой-либо сферы, но и определять причины и ситуацию их возникновения, оценивать структуру и иерархию проблем развития в ситуации разновременности созревания и взаимовлияния исследуемых функций.

Для решения наиболее сложной диагностической задачи — дифференциальной диагностики состояния ребенка, то есть отнесения его к той или иной категории (группе) детей (постановке психологического диагноза) и определения индивидуального образовательного маршрута, нами вводится принцип **учета трех критериев:**

- **адекватности** поведения как в целом, так и в процессе обследования;
- **критичности** по отношению к результатам, успешности решения диагностических задач, поведения;
- **обучаемости** как основного для задач образования психолого-педагогического критерия.

Данные критерии в разной степени учитываются при анализе деятельности ребенка специалистами консилиума, но безусловно должны быть оценены непосредственно психологом. Так, врач-психиатр в большей степени должен учитывать показатели адекватности и критичности ребенка, как показатели, на которые опирается его квалификация психопатологических проявлений состояния обследуемого ребенка.

Для педагога и учителя-логопеда наиболее важным критерием, определяющим возможности усвоения ребенком образовательной программы, является степень его обучаемости, адекватность поведения в процессе обучения. Психологу в равной степени важны все три критерия, позволяющие ему провести дифференциальный анализ состояния ребенка и подтвердить диагностическую гипотезу и данные обследования, обосновать отнесение данного ребенка к той или иной группе (поставить психологический диагноз) и на этой основе выработать рекомендации по дальнейшей помощи.

Применительно к деятельности психолога можно говорить, что совокупность перечисленных принципов (*комплексности, стереогнозиса, структурно-динамического изучения и учета трех критериев*) лежит в основе **системы интегративной диагностики и коррекции — интегративного подхода**, который можно считать наиболее важным методологическим, системообразующим принципом деятельности психолога.

Особенности непосредственно консультационного процесса воплощены в принципе **соблюдения интересов консультируемого ребенка**, понимаемом как определение и доведение до сведения членов семьи необходимости адекватных условий для его обучения, воспитания и развития как в школе, так и дома. Правильная постановка и объяснение родителям психолого-педагогического диагноза — необходимое, но не достаточное условие для этого. Родителям следует разъяснить возможность и важность адекватного обучения ребенка в соответствии с его психофизическими и когнитивными возможностями. Отсюда вытекают следующие принципы психологической деятельности: **щадящая форма сообщения поставленного диагноза и проведение психокоррекционной работы, с родителями на всех этапах консультирования**. Оба эти принципа непосредственно определяют эффективность консультации как таковой.

В беседе с родителями необходимо не просто сообщить диагноз и решение специалистов. Важно довести до их понимания психологическую структуру отклонений в развитии ребенка, доступным для них языком рассказать о его особенностях, указать на положительные качества, объяснить, какие специальные занятия необходимы их ребенку, к каким специалистам нужно обратиться дополнительно, как с ним заниматься в домашних условиях, на что следует обратить пристальное внимание. Кроме того, консультационный процесс необходимо проводить исходя из учета условий жизни каждой семьи, ее структуры, культурного уровня, для того чтобы рекомендации и советы не оказались для семьи трудно-выполнимыми или непонятными, чтобы у родителей не возникало вторичное чувство вины перед ребенком и собственной беспомощности.

Следует отметить, что принципы организации непосредственно консультативного процесса также являются неотъемлемой частью интегративного подхода. Трудно не согласиться с тем, что обследование и диагностика состояния ребенка не могут протекать изолированно от непосредственного консультирования родителей по данному поводу, что, в свою очередь, требует от специалиста также и оценки состояния родителей. Таким образом, процесс самого обследования ребенка и консультирование его родителей практически сливаются в единую диагностико-консультационную систему, вычленив из которой отдельные составляющие можно только в теоретико-методологическом плане. Подобная процедура консультирования и непосредственная работа с родителями обладают собственными законами и структурой построения, поэтому в связи с ее особой важностью будет нами детально обсуждаться в отдельном издании.

Логика психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка, в особенности на этапе выявления проблем и диагностики его состояния, предполагает реализацию принципа *индивидуально-коллегиального проведения обследования*. Этим принципом закрепляется приоритет защиты прав ребенка, в том числе право ребенка на адекватное выявление и диагностику его проблем, право на минимизацию диагностических ошибок. Реализация данного принципа еще в большей степени закрепляет ведущую роль психолога как организатора и координатора всего процесса сопровождения ребенка. В данном случае, не присваивая себе функций диспетчера, психолог может сыграть важную, иногда определяющую роль в последовательности проведения обследования, а затем и развивающе-коррекционной работы с ребенком.

Практика консультативно-диагностической работы с современными детьми показывает, что только индивидуальное, углубленное и тщательное обследование проблемного ребенка различными специалистами дает возможность полноценной диагностики и прогноза дальнейшего развития. С другой стороны, необходимость совместных обсуждений и выработки общих подходов настоятельно требует коллегиальности обсуждения и принятия решения, что отражено в обсуждаемом принципе деятельности консилиума в целом и психолога в частности.

Применительно к проблеме организации проведения коррекционной работы можно отметить следующее. Коррекционная работа всех специалистов в рамках психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка школьным консилиумом должна определяться не правилом простого суммирования действий специалистов: «все вместе, одновременно, чем больше, тем лучше», но по определенной схеме и в определенной последовательности. В данном случае определяющий принцип развивающе-коррекционной работы: **«в нужное время и в нужном месте»** — в прямой зависимости от особенностей состояния и уровня развития всей структуры психической сферы ребенка. Тем более что сама психологическая составляющая работы с ребенком в рамках сопровождения должна иметь определенную схему, последовательность и направленность, а также точно согласовываться (координироваться) с деятельностью других специалистов. Именно в этом и только в этом случае подобная работа имеет право называться комплексной и интегративной. Такой подход, несомненно, требует четких, согласованных действий всех специалистов в соответствии с конкретной схемой работы.

В случае развивающе-коррекционной работы в функции психолога необходимо включать координационную работу по объединению всех специалистов консилиума в единый комплекс - четко работающий «механизм» сопровождения. Таким образом, может быть сформулирован еще один аспект психолого-медико-педагогического сопровождения и его психологической составляющей: **координация деятельности специалистов сопровождения с ведущей ролью психолога**.

Современное состояние детской популяции в целом, более глубокое раскрытие современными исследователями процессов психического развития ребенка заставляют обратить пристальное внимание на терминологический аппарат психолога, уточнить и конкретизировать основные понятия, наиболее адекватно и эффективно отражающие современный этап развития психологической науки.

## **1.2. Понятие «отклоняющееся развитие»**

Крайне актуальной в настоящее время является проблема, связанная с использованием в реальной практике детского психолога психологически адекватной терминологии, позволяющей четко отграничить ее от понятий смежных дисциплин.

Среди специалистов, в той или иной степени имеющих отношение к работе с детьми, сегодня существуют значительные расхождения в определении того, что обозначается термином «проблемный»

ребенок, где границы, с одной стороны, индивидуальных различий в пределах условно возрастной нормы, с другой — некой «патологии» развития. Дать четкие определения и обозначить содержание терминов и понятий, относящихся к этим сферам, — означает раскрыть содержание функционала как возрастного, так и «специального» психолога. Сразу же исключим из поля зрения такие термины, как «дети-дебилы», «имбецилы», «шизофреники», «эпилептики» и просто — «ненормальные», «дефективные», как абсолютно не отвечающие ни современным гуманистическим принципам, ни этике специалиста, ни тем более — психологическому содержанию. Примерно к таким же не соответствующим «по гуманистическим соображениям» понятиям относится и термин «аномальные дети».

В то же время официально используемое сейчас определение «дети с ограниченными возможностями здоровья» также, на наш взгляд, не отражает психологического содержания состояния этой части детской популяции. С другой стороны, в нем не содержится уточнения, какое «здоровье» имеется в виду: физическое, психическое, социальное или «позитивное» и т.п. В нашей стране не прижился и термин «дети с особыми потребностями» (в некоторых вариантах — «нуждами»). Он фактически является прямым переводом англоязычного термина «children with special needs» и в условиях нашей социокультурной обстановки не определяет, какие, собственно, «нужды» имеются в виду, какие из них «специальные» (или особые), а какие — нет. В то же время понятие «дети с нарушениями развития» не выдерживает критики с точки зрения определения, что является нарушением, а что — недоразвитием, несформированностью.

Понятие «нарушение», конкретизирующееся в понятии «повреждение», и его принципиальное отличие от «недоразвития» достаточно хорошо описано в работах В.В. Ковалева и В.В. Лебединского [13, 19] и будет наиболее полно представлено в разделе 2. В то же время многие специалисты смешивают эти два принципиально различные понятия, следствием чего является путаница в психологическом содержании работы со столь различными категориями детей. Тем более что, используя термин «нарушение развития» как синоним понятия «отклонения в развитии», мы тем самым несколько искажаем психологическое содержание состояния многочисленной группы детей (например, с умственной отсталостью, другими видами недоразвития), которые при тщательном анализе не должны подпадать под это определение.

С другой стороны, такие термины, как «трудности обучения», «проблемы развития», да и более общий — «проблемные, дети», не дают возможности оценить психологическую специфику их состояния, и определить содержательный объем диагностической, развивающей или коррекционной работы с ребенком. Точно так же такой термин, как «дети с Особыми образовательными потребностями», появившийся в последнее время и совершенно справедливый в плане непосредственно образования детей, ограничивает, сужает «терминологическое поле» и также не раскрывает психологического содержания их состояния.

Наиболее адекватный термин «дети с отклонениями в развитии» лишь ограниченно удовлетворяет терминологические и содержательные потребности психологов-практиков. Традиционно это определение распространяется на детей с выраженными отклонениями, такими как умственная отсталость, сенсорные дефекты (нарушения слуха, зрения), нарушения опорно-двигательного аппарата, психические заболевания. В настоящее время, как уже отмечалось, появилось значительное количество детей, у которых отклонения в развитии нельзя отнести к таким «классическим» видам, но испытывающих значительные, выходящие за нормативные границы трудности адаптации, обучения, воспитания, развития в целом.

Продолжая эту мысль, следует сказать, что большинство современных исследований свидетельствует о резком усложнении структуры отклонений, значительном увеличении сочетанных нарушений у различных категорий детей, появлении на рубеже 90-х годов новых форм отклонений и несформированности определенных сфер психического развития ребенка. Особенно сложными стали пограничные случаи, когда дифференциальная диагностика должна дать ответ на вопрос, к какой категории «отклонений» в развитии должно быть отнесено состояние ребенка, чтобы максимально эффективно, без ошибки можно было определить не только тип образовательного учреждения в соответствии с его возможностями или индивидуализировать программу образования и воспитания, но и построить программу коррекционной работы.

Положение усугубляется все большим информационным и содержательным насыщением программ как дошкольного, так и школьного образования, вдобавок сочетающимся с ухудшением общего состояния детской популяции. Все это сопровождается резким изменением общей социокультурной ситуации в стране, появлением новых культурологических образований (виртуальных форм общения и развития, современной стимуляции населения средствами масс-медиа и т.п.), уходом традиционной «культуры двора», изменением физического и эмоционального пространства существования ребенка, в том числе искажением естественной ритмики развития ребенка и другими не менее неблагоприятными факторами. В совокупности все это косвенно или непосредственно оказывает общее негативное влияние на специфику формирования психических функций ребенка.

Кроме того, существуют особые формы дизонтогенеза, достаточно сложные для психолого-педагогической диагностики и, соответственно, для применения к ним имеющегося "терминологического и понятийного аппарата. К таким формам дизонтогенеза в первую очередь относятся «нарушения нейробиологических закономерностей развития мозговой организации психической деятельности ребенка» [32, 33]. Это определение очерчивает специфическую группу детей с несформированностью или атипичным формированием функциональной или межфункциональной организации мозговой деятельности.

К какой категории «отклонений в развитии», «проблемного развития» их отнести? Кто и в каких случаях должен работать с такими детьми? Между тем проблемы полноценного развития и обучения этих детей подчас могут быть неразрешимы в условиях общеобразовательных программ дошкольного и школьного образования. Они требуют серьезного вмешательства специалистов и применения методов диагностики, развития, а порой и коррекции, выходящих за пределы существующих общеобразовательных программ. В то же время количество таких детей все возрастает.

Те же самые проблемы могут быть отнесены и к группе детей, считающихся одаренными. Большинство специалистов совершенно справедливо полагают, что дети этой категории имеют множество разнообразных проблем, в том числе и выходящих за рамки индивидуальных различий в пределах возрастной нормы (саму одаренность уже сложно считать индивидуальным различием!). И с этой категорией детей возникает проблема констатации «нормативности» психического развития и вероятность девиации развития такого ребенка в предпатологическое или даже патологическое состояние. К сожалению, ситуации развития одаренных детей достаточно часто дают нам возможность убедиться в этом.

Имеется и еще одна сторона «терминологической» проблемы. Часто за неимением собственного терминологического и классификационного аппарата, отражающего особенности ребенка, психологи вслед за учителями-дефектологами вынуждены сознательно или неосознанно обращаться к содержательному и терминологическому аппарату медицины. Если для специалистов в области коррекционной педагогики это традиционно является допустимым, то психологам под угрозой, по крайней мере, административной ответственности *запрещено* использовать нозологические диагнозы. Мы считаем, что отчасти это справедливо. В то же время это является дополнительным стимулом для разработки исключительно психологической терминологии, позволяющей выделить психологическое содержание и психологическую специфику проблем ребенка и, соответственно, деятельности специального и возрастного психолога.

Таким образом, подобная ситуация приводит к необходимости подобрать определение (термин), которое, с одной стороны, адекватно подходило бы (описывало) ко *всей* популяции «проблемных» детей, с другой — имело бы исключительно психологическое содержание. Таким «базовым» психологическим понятием, терминологически и содержательно адекватным применительно к самым различным категориям «проблемных» детей, является термин *«отклоняющееся развитие»*. Следует отметить, что подобный подход к определению характера развития ребенка встречается еще у Л.С. Выготского в виде термина «уклонение развития» (Л.С. Выготский. Собр. соч., т.5. — М.: Педагогика, 1984. — С. 274). Но более четко это определение появляется в работах современных отечественных специалистов [4, 14, 32], и мы также считаем его наиболее оправданным по отношению к обсуждаемой категории детей. Содержательная сторона понятия «отклоняющееся развитие» имеет исключительно психологическое наполнение. В то же время этот термин по аналогии с «медицинским» (дизонтогенез) является «прозрачным», понятным для других специалистов, в первую очередь — для медиков и педагогов-дефектологов.

Термин «психический дизонтогенез» достаточно широко использовался и используется в психологической литературе. Применительно к психическому развитию детей он наиболее полно освещен в работе В.В. Лебединского [19]. В то же время, пытаясь как можно более тщательно «изолироваться» от медицинской терминологии, дабы снять претензии к использованию понятийных полей другой профессиональной области, а также для выделения исключительно психологического содержания данного понятия мы считаем понятие «отклоняющееся развитие» значительно более адекватным и продуктивным для решения задач психологической практики.

Однако само понятие «отклоняющееся развитие» можно рассматривать только как «*отклоняющееся от (или относительно) чего-либо*». Кроме того, использование этого определения в такой плоскости требует внесения определенной динамики, постоянных изменений (во времени) в развитии и оценки этих изменений в сравнении с нормативным ходом развития ребенка. Для этого, соответственно, необходимо определить, что является «нормой», «нормативным развитием» и т.п.

До сих пор эти понятия рассматривались как набор статистически определяемых количественных показателей, характеризующих некий «срез» психического развития в конкретный момент времени (возраст ребенка). Качественное изменение структуры всей психической деятельности ребенка, иерархия высших психических функций, включая «ведущие» и «ведомые» образования и системы, априорно оцениваются как изменяющиеся исключительно на границах возрастных периодов (возрастных кризисов), определенных еще в работах Л.С. Выготского, А.Б. Эльконина, других отечественных исследователей. Отсюда вытекает и фактически постулируемое положение о постоянстве новообразований, которые, возникая в критические моменты (возрастные кризисы), оказываются практически «неизменяемыми» в межкризисные периоды. На практике такое положение вещей определяет изолированную, как правило, в пределах одной функции, количественную оценку ее в сравнении со статистическими количественными показателями, полученными для этой психической функции для конкретного возраста. Нормативным развитием в данном случае считается ситуация, когда количественные оценки функции (в лучшем случае нескольких функций) не выходят за пределы статистически полученных отклонений, характерных для данного возраста.

Такое понятие «нормы» фактически отрицает как оценку динамики отдельных психических функций и всей структуры психического развития в целом, так и означает вытекающее отсюда фактическое пренебрежение *гетерохронностью развития* (разновременность формирования и опережения одних функций другими [19]), пренебрежение теснейшей взаимообусловленностью всех систем и психических образований в процессе развития. Помимо этого подобный статичный «срезовой» подход не дает возможности оценить адаптивность и компенсаторность самого психического онтогенеза в условиях эндо- и экзогенных воздействий, включая и влияние социальных факторов, в особенности системы воспитания и обучения.

Для более четкого определения, что такое «нормативное развитие», нам кажется продуктивным использование такого понятия, как «идеальная программа развития», или короче — «*программа развития*». В данном случае подразумевается своевременное поступательное формирование взаимосвязанных, пронизанных гетерохронией функций и их систем в условиях «идеальной» детерминации их внутренними (генетическими) законами и столь же «идеальным» воздействием внешних факторов, в которые, естественно, включается и имманентно присущее развитию ребенка столь же «идеальное» присвоение человеческого опыта согласно культурно-исторической теории Л.С. Выготского. Необходимым условием для развертывания подобной «идеальной» программы является такая же идеальная нейробиологическая «пред-уготованность» и последовательное формирование мозговой организации психических процессов [32].

Таким образом, психический онтогенез может быть представлен как последовательный континуум взаимосвязанных между собой и «развертывающихся», изменяющихся во времени высших психических функций, в том числе их базовых составляющих (см. раздел 1.3). Естественно, подобная «идеальная» модель может существовать исключительно только как программа развития некоего «идеального» ребенка в идеальных условиях. В то же время каждый конкретный случай имеет индивидуальные различия онтогенеза как отдельных психических функций, так и всей системы ВПФ в целом.

Кроме того не должно создаться впечатление, что наш подход отрицает или каким-либо образом «принижает» важность влияния окружающего ребенка социума, в частности взрослого, по присвоению,

«интероризации» социального опыта, как одного из важнейших источников прижизненного формирования и становления новых психических функций и качеств ребенка.

Чтобы перейти от заявляемой позиции авторов непосредственно к расшифровке термина «отклоняющееся развитие», необходимо привлечь к анализу еще одно базовое понятие — «социально-психологический норматив».

Понятие «социально-психологический норматив» (СПН) «...в сжатом виде можно определить как систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов» [24]. Чтобы успешно функционировать в конкретном обществе, каждый человек должен отвечать тем требованиям, которые к нему предъявляются. Эти требования и составляют содержание СПН и являются *идеальной моделью* системы требований социальной общности к личности. В свою очередь, СПН следует рассматривать в системе образовательно-возрастных границ, что как бы выделяет определенный разброс, «коридор», определяющий качественно-количественные показатели каждого конкретного СПН. И далее: «Требования, составляющие содержание СПН, вполне реальны, они присутствуют в образовательных программах, в квалификационных профессиональных характеристиках, общественном мнении учителей, воспитателей, родителей. Такие нормативы историчны (*и, добавим, носят гео-социо-этнический характер — прим. авт.*), они меняются вместе с развитием общества... Время их существования зависит от отнесенности к той или иной сфере психического, с одной стороны, и от темпов развития общества — с другой» (там же).

Таким образом, динамически объединив понятия «*программа развития*» и «*социально-психологический норматив*» в контексте вышеприведенных определений, мы можем представить, что какие-либо изменения (девиации) «*программы развития* (одной или одновременно нескольких психических функций) в рамках (в пределах) параметров социально-психологического норматива можно рассматривать как «*условно нормативное развитие*». То есть условно нормативное развитие представляется в виде некоего «коридора», «области нормативного развития», границы которой определяются действующим в конкретном месте и времени социально-психологическим нормативом, определяемым, в свою очередь, образовательной, социокультурной, этнической и т.п. ситуациями. В то же время любое изменение (девиация) той же психической функции, группы функций или всей системы ВПФ, выходящее за пределы области, определяемой конкретным СПН, можно оценить как *отклоняющееся развитие*.

Следовательно, мы можем окончательно сформулировать понятие «*отклоняющееся развитие*»: *любое отклонение отдельной функции или системы психических функций от «программы, развития» вне зависимости от знака этого изменения «+» или «-» (опережение или запаздывание), выходящее за пределы социально-психологического норматива, определяемого для данной образовательной, социокультурной или этнической ситуации и данного возраста ребенка, следует рассматривать как отклоняющееся развитие данной функции или системы психических функций. Ребенок, демонстрирующий подобные феномены, должен быть отнесен к категории детей с отклоняющимся развитием.*

Следует отметить, что подобное обоснование понятия «отклоняющееся развитие» основывается на авторском интегративном подходе к проблеме психического развития ребенка. В то же время данное понятие может рассматриваться и с других точек зрения. Например, очень интересен и продуктивен взгляд на нормативный онтогенез и отклоняющееся развитие в школе детской нейропсихологии А.В. Семенович как процесс поэтапного закрепления иерархии дифференцированных подкорково-корковых, внутри- и межполушарных взаимодействий и нарушение нейробиологических и функциональных закономерностей развития мозговой организации психической деятельности [32]. Более подробно различные варианты нейропсихологического анализа отклоняющегося развития будут рассмотрены в отдельном издании серии.

Таким образом, основным «новообразованием» понятия «*отклоняющееся развитие*» по сравнению с термином «*отклонения в развитии*» является динамичность определения, увязка всей совокупности процессов развития с параметром времени и возможность в связи с этим более эффективно учитывать и использовать закон гетерохронии развития.

Такой подход дает возможность перейти на практике от симптомологической (феноменологической) диагностики к причинно-следственной (каузальной). Это тем более важно, что до настоящего времени, несмотря на многочисленные декларации о необходимости перехода от чисто срезовой, фено-

менологической диагностики к углубленной (каузальной), психологи-практики продолжают исследовать не столько всю структуру развития ребенка, сколько непосредственно те или иные феномены высших психических функций (восприятие, память, внимание, мышление и т.п.), называя это «оценкой уровня психического развития ребенка».

Таким образом, установлена, по крайней мере, диагностическая часть функций психолога, участвующего в работе с детьми. В этом случае она может быть определена как *оценка актуального состояния ребенка с отнесением его развития к условно нормативному (в пределах данного социально-психологического норматива) либо к отклоняющемуся и (в этом случае) типологизация отклоняющегося развития (постановка психологического диагноза) с выходом на вероятностный прогноз дальнейшего развития ребенка.*

В свою очередь, типология развития, отнесение его к той или иной группе (подгруппе, типу) отклоняющегося развития, постановка психологического диагноза и определение дальнейшего развития ребенка при наличии тех или иных условий позволяют разработать адекватную развивающе-коррекционную программу. Как видно из самого определения типологии как *«типологии отклоняющегося развития»*, предлагаемый подход позволяет создать исключительно психологическую как по форме, так и по содержанию классификацию.

Понятие «отклоняющееся развитие» лежит также в основе одного из фундаментальных принципов работы психолога по коррекции развития ребенка: «принципа замещающего онтогенеза» [14]. На этом принципе базируются многие современные направления коррекционной работы, показавшие наибольшую эффективность.

Итак, использование понятия «отклоняющееся развитие» позволяет:

- обозначить критерии выделения категорий детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи;
- перейти от феноменологической диагностики к каузальной;
- построить современную психологическую классификацию и типологию различных групп проблемных детей;
- определить основные принципы и подходы к диагностической и развивающе-коррекционной работе психолога.

В рамках интегративного подхода к анализу как нормативного, так и отклоняющегося развития исследованиями последнего времени была показана необходимость включения в поле деятельности психолога-практика особой структурной «макроединицы» детского развития — так называемых *базовых составляющих (предпосылок) психического развития.*

### **1.3. Базовые составляющие (предпосылки) психического развития ребенка**

Понятие *базовых предпосылок (составляющих психического развития)* — по уточнению, сделанному В.И. Лубовским и принятому в дальнейшем авторами) является особым компонентом, еще одной «макроединицей» в общей структуре развития ребенка.

В основе включения этого понятия в сферу внимания детской психологии лежат исследования школы детской нейропсихологии А.В. Семенович и школы работы с детьми с эмоциональными нарушениями К. С. Лебединской — О. С. Никольской) а также более чем двадцатилетняя диагностическая и коррекционная работа авторов с различными группами детей с отклоняющимся развитием. Все это позволило сформулировать и конкретизировать уровневую структуру психического развития и всей психической деятельности, а также изменения (несформированность, искажения и повреждения) этой структуры при различных видах отклоняющегося развития.

Следует заметить, что введение такой дополнительной единицы анализа полностью базируется на непреложных законах психического развития ребенка, ведущих свое начало от Л.С. Выготского и его последователей. Наши исследования лишь углубляют и конкретизируют теоретические положения классиков отечественной психологии. Не считая необходимым в очередной раз приводить их воззрения, отсылаем наиболее пытливых читателей к таким основополагающим трудам Л. С. Выготского, как «Диагностика развития и педологическая клиника» (1931), «Основные проблемы дефектологии» (1929), «Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте» (1935), «Проблема возраста» (1984) и «Младенческий возраст» (1984), другим книгам и статьям Л.С. Выготского, А.Д. Эльконина, П.Я. Гальперина.

Для разъяснения, что стоит за этим понятием, необходимо обратиться к модели «вертикальной» организации психической деятельности в ее наиболее общем виде. Предлагаемая модель рассматривается здесь исключительно для описания структуры базовых составляющих (предпосылок) и их взаимосвязей с другими составляющими психического развития ребенка. Такую модель можно представить в виде, по крайней мере, трехуровневой системы. Следует отметить, что на данной модели основываются анализ и оценка уровня актуального развития ребенка в целом. Это дает реальную возможность построить психологический диагноз, определить ряд показателей психического развития, на основании которых можно сформулировать вероятностный прогноз развития ребенка и, что самое важное, дать эффективные рекомендации по развивающе-коррекционной работе для всех специалистов.

На первом, «нижнем», уровне, названном нами «уровнем причинности», традиционно располагаются составляющие, которые определяют источники и причины психического развития и психической деятельности в целом.

Одной из важнейших «причинных» составляющих является также и социальная ситуация (условия) развития, значение которой следует оценивать гораздо шире, чем это практиковалось до сих пор. В социальные условия развития необходимо включать и образовательную среду (ситуацию) в целом: не только влияние родительско-детских отношений, но и педагогических диспозиций по отношению к ребенку. Помимо этого нельзя не учитывать конкретную социально-этническую культуру, в которой развивался ребенок, а также иные особенности, «облегчающие» или, наоборот, усугубляющие его развитие в конкретной социальной среде.

Чрезвычайно важным является состояние собственно центральной и периферической нервной системы с точки зрения непосредственно нормативности «органической» составляющей развития, которое в значительной степени может быть нарушено вследствие различных экзо- или эндогенных патогенных факторов. Эти факторы и результаты их влияния на формирование и функционирование ЦНС неоднократно и детально описаны в многочисленной медицинской и психологической литературе [10, 11, 13, 19 и др.], и поэтому нет необходимости в очередной раз их дублировать.

В то же время обратим внимание на третий, чрезвычайно важный компонент «причинного» уровня, а именно — на специфику нейробиологической функциональной организации мозговых систем, включающей как специфику формирования корково-подкорковых, так и специфику индивидуального профиля функциональной асимметрии, как один из основных параметров, определяющих процесс развития ребенка, в том числе особенности развития отклоняющегося. Этот параметр в последнее время занимает одно из наиболее значимых мест в структуре причин, определяющих психическое развитие ребенка в целом, а также характер его «уклонения» от социально-психологических нормативов.

Следующим «надстраиваемым» над уровнем причинности «слоем» и являются **базовые предпосылки (составляющие)** психической деятельности, рассматриваемые в данном параграфе. Как предпосылки собственно психической деятельности они формируются, начиная с момента рождения (по некоторым, не подтвержденным экспериментальными исследованиями утверждениям, и раньше, до рождения), а в более поздние сроки развития, уже как базовые составляющие, встраиваются в качестве **«операционально-технологических»** в психическую деятельность ребенка.

Система «базовых составляющих развития» имеет три взаимозависимых и взаимодополняющих элемента: произвольность психической активности, пространственные и пространственно-временные представления, базовую аффективную регуляцию. Разделение составляющих на эти три элемента в достаточной степени условно, но дает возможность оценить вклад каждой из них в целостную психическую деятельность ребенка. Особенно очевиден вклад каждой из этих составляющих в случае недостаточности или дефицитарности каждой из них. Так, при преимущественном дефиците произвольности психической активности большая часть проблем ребенка будет лежать в сфере собственно регуляторной и мотивационно-волевой, тем самым определяя недостаточность или даже невозможность собственного контроля и программирования деятельности в целом. При дефиците в первую очередь пространственных и пространственно-временных представлений на первый план выступают проблемы формирования собственно когнитивного звена ВПФ, а в совокупности с недостаточностью произвольной регуляции — всей познавательной деятельности в целом. В свою очередь, специфика формирования системы базовой аффективной регуляции проявляется в дисгармонии или искажении эмоцио-

нально-личностных особенностей ребенка, что, безусловно, может оказывать негативное влияние и на развитие познавательной сферы.

Несмотря на их взаимообусловленность, в каждом конкретном случае отклоняющегося развития тем не менее можно и необходимо видеть вклад каждой из них и только на основе такого «многослойного» понимания структуры психического развития «построить» причинную, специфическую развивающую или коррекционную работу.

В свою очередь, каждая из базовых составляющих (предпосылок) психической деятельности представляет собой достаточно сложную многоуровневую систему рис. 1.1), которая планомерно развертывается (формируется) в процессе развития ребенка, где основным законом подобного формирования и «надстраивания» следующих уровней является правило: «Своевременность и последовательность решают все».

<b>ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ И ПРОСТРАНСТВЕННО- ВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ</b>
<b>Лингвистическое пространство</b>
<b>Вербализация пространственных представлений</b>
<b>Представления о взаимоотноше- ниях тела и внешних объектов</b>
<b>Представления о пространстве собственного тела</b>

<b>ПРОИЗВОЛЬНОСТЬ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ</b>
<b>Произвольность эмоциональной регуляции</b>
<b>Произвольность ВПФ</b>
<b>Произвольность сенсомо- торной активности</b>

<b>БАЗОВЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РЕГУЛЯЦИИ</b>
<b>Уровень эмоциональ- ного контроля</b>
<b>Уровень аффективной экспансии</b>
<b>Уровень аффективных стереотипов</b>
<b>Уровень полевой реак- тивности</b>

Рис. 1.1. Структура базовых составляющих психического развития

Однако следует заметить, что развитие самих составляющих подчинено общему закону «перекрытия стадий развития» (см. раздел 1.3.1), что подразумевает овладение следующим уровнем (этапом) с одновременным совершенствованием предыдущего.

Внесение в анализ структуры психического развития ребенка, его психической деятельности в целом дополнительной «макроединицы» — базовых составляющих развития является дальнейшим развитием, конкретизацией теоретических положений Л.С. Выготского о переходе «...от фенотипической к каузально-динамической точке зрения в методике изучения и диагностике развития» (Л.С. Выготский. Собр. соч., т. 5. — М.: Педагогика, 1984. — С. 272).

Таким образом, уровень базовых составляющих психической деятельности определяется спецификой уровня причин развития, а с другой стороны, — сам является причинным, а в дальнейшем и операционально-технологическим для всего репертуара высших психических функций и сфер деятельности ребенка, которые и составляют третий, «верхний», собственно «феноменологический» уровень. Данный уровень и представляет совокупность всех познавательных, мотивационно-волевых и эмоционально-личностных характеристик ребенка (включая и его взаимодействия с окружающим социумом).

Практика нашей диагностической и коррекционно-развивающей деятельности с детьми разных категорий показывает, что эти базовые составляющие психической деятельности ребенка являются *первичными* по отношению ко всем высшим психическим функциям. Именно поэтому оценка и анализ деятельности ребенка, с точки зрения особенностей формирования именно этих *составляющих психического развития* и их влияния на дальнейшее развитие ВПФ, ставятся во главу угла в том случае, когда мы говорим об интегративной психологической диагностике (оценку сформированности базовых предпосылок см. в разделе 3.3.3.).

Следует отметить, что для любого варианта условно нормативного (в пределах СПН) или же отклоняющегося развития характерна определенная структура сформированности базовых составляющих психической деятельности. Это положение дает возможность проводить как оценку индивидуальных различий ребенка, так и типологизацию отклоняющегося развития с точки зрения структуры и уровня сформированности совокупности базовых составляющих психической деятельности. Для различных форм отклоняющегося развития была показана специфическая структура сформированности всех трех составляющих психического развития ребенка: как умственно отсталые дети, так и дети с различными формами задержки психического развития, развивающиеся по типу дисгармонического или искаженного' развития, обладают собственным «профилем», спецификой формирования и. спецификой взаимодействия всех базовых предпосылок (составляющих).

В описании различных форм отклоняющегося развития (раздел 2) приводится специфика этой «макроединицы» психического развития [В настоящее время специфика базовых составляющих психического развития определена в достаточно полном объеме для таких групп отклоняющегося развития, как «недостаточное развитие» и «асинхронное развитие» (см. раздел 2). Не являясь специалистами в области работы с детьми с дефицитным развитием (дети с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата), авторы могут только гипотетически предположить характер формирования подобных структур].

Это же позволяет более обоснованно определить и понятие психологического диагноза, который может быть адекватно поставлен с учетом, в частности, специфики «профиля» базовых составляющих психического развития. Точно так же введение в содержательное поле деятельности психолога понятия базовых составляющих, динамики их развития и особенностей сформированности позволяет более обоснованно оценивать и вероятностный прогноз развития ребенка в различных условиях окружающей среды, и специфику развивающих и коррекционных мероприятий.

В заключение данного раздела рассмотрим структуру и характерные особенности базовых предпосылок (составляющих) психического развития ребенка.

### **1.3.1. Произвольность психической активности**

Важность произвольности собственной активности, как одной из основных составляющих развития ребенка, подчеркивается многими авторами. Г.Г. Кравцов (1994), рассматривая проблемы соотношения воли и произвольности, подчеркивает, что направление движения развития личности ребенка к собственной индивидуальности «совпадает с расширением зоны внутренней свободы, способности сознательного управления своей психикой и поведением, то есть становлением произвольности». Таким

образом, показывая отсутствие барьера между волей как осмысленной инициативой, определяющей целостную личность, и произвольностью, произвольное поведение рассматривается как поведение свободное, то есть построенное субъектом (в данном случае развивающимся ребенком) по собственным правилам, в то же время согласующееся с принятыми в обществе нормами. Сознательность, или осознанность, является основной характеристикой произвольного поведения.

Итак, произвольность, рассматриваемая как функция, «модулирующая» все развитие ребенка, детерминирующая, в частности, психические возрастные новообразования, должна быть поставлена на первое место в структуре гетерохронного формирования всех психических сфер и структур ребенка. В этом случае можно сделать ряд практически значимых выводов, одним из которых является определение для возрастного этапа конкретного ребенка ведущей деятельности в зависимости от вида и уровня сформированности его произвольности психической активности.

Рассматривая структуру произвольности психической активности как одной из предпосылок или составляющих психической деятельности, необходимо отметить первый по последовательности формирования, лежащий в «основании» произвольности уровень, а именно — **произвольную сенсомоторную активность**. Правильная последовательность формирования сенсомоторной активности, в том числе произвольной, в онтогенезе, ее динамическая структура и особенности, физическое развитие ребенка в целом являются важнейшими компонентами психического развития, основой «развертывания» программы развития в широком смысле этого понятия.

«Произвольность» сенсомоторных актов понимается нами не как осознанность, «рефлексия» собственных движений, но как возможность выполнения тех или иных сенсомоторных актов в соответствии с воздействием внешней среды, ее объектов. Нельзя не отметить, что на определенном этапе развития подобная активность «перерастает» в произвольную двигательную активность и приобретает возможность стать «опроецированной» в соответствии с теорией Н.А. Бернштейна (1947). Собственно говоря, сенсомоторная, а в дальнейшем и собственно произвольная двигательная активность является в возрасте от рождения до года одним из основных элементов развития ребенка, той функцией, которая развивается, на наш взгляд, «на один шаг» раньше всех и в буквальном смысле «тянет» развитие и познавательной, и эмоциональной сферы.

Произвольность собственной активности своими корнями уходит непосредственно в формирование сенсомоторной произвольности. В дальнейшем она преобразовывается, переходит на уровень **произвольной регуляции собственно высших психических функций** (память, внимание, произвольность различных форм мышления). Произвольная ВПФ осуществляется только на определенном этапе речевого развития ребенка, когда собственная речь, а перед этим речь взрослого, «опосредует» эту форму произвольной регуляции. Так, маленький ребенок, подходя к горячему утюгу, сам себе говорит:

«Нельзя!», тем самым опосредуя речью свое собственное поведение. Позже в результате интерпретации речи этот процесс «сворачивается», становясь истинно операциональным.

Наиболее поздно начинает формироваться произвольная регуляция собственных эмоций. Вначале этот уровень произвольности точно так же опосредуется присутствием взрослого, его речью и эмоциональной оценкой поведения ребенка. Понятно, что эти уровни никоим образом не формируются в линейной последовательности, друг за другом, а имеют периоды «перекрытий» (см. далее законы развития). Так, эмоциональная оценка матери чрезвычайно важна и для сенсомоторного развития ребенка, а произвольность ВПФ частично может определять и произвольность движений. Но принципиально то, что последовательность формирования произвольности от наиболее простого сенсомоторного акта к наиболее сложному — эмоциональной регуляции должна сохраняться.

Таким образом, структуру произвольности психической активности можно представить в следующем виде:

**1-й уровень** — произвольность сенсомоторной активности;

**2-й уровень** — произвольность регуляции **ВПФ**;

**3-й уровень** — произвольность эмоциональной регуляции.

Следует еще раз подчеркнуть, что наиболее важным, по крайней мере, на первом году жизни, является формирование сенсомоторных актов, последовательность и сроки овладения собственным движением. Детальный анализ развития сенсомоторной и двигательной активности ребенка, их гетерохронное взаимодействие с другими сторонами развития ребенка в целом, а также их влияние на все сто-

роны психического развития предполагается описать в издании данной серии, посвященной раннему развитию ребенка. Здесь мы только наметим основные положения и законы развития, имеющие непосредственное отношение к формированию одного из уровней произвольности психической активности. Отметим, что степень сформированности 1-го уровня произвольности психической активности непосредственно влияет на характер отклоняющегося развития ребенка.

В связи с особой важностью этой составляющей базовых предпосылок необходимо остановиться на законах развития движений [9]. Знание законов развития движений важно еще и потому, что эффективность коррекционных программ зависит в большой степени от того, насколько в своей работе с моторикой ребенка специалист следует им. Забегая вперед, скажем, что большинство развивающе-коррекционных программ (см. раздел 4) созданы с использованием этих законов. Отметим также, что некоторые из них (цефало-каудальный, проксимо-дистальный законы, закон вертикальной оси) являются законами формирования не только двигательной активности, но и пространственных и пространственно-временных представлений (последнее является вполне понятным, поскольку формирование пространственных представлений происходит только через двигательную активность).

### *Законы развития движений*

**1. Закон преемственности функций.** Становление двигательных навыков преемственно и поэтапно. Для овладения ребенком той или иной функцией в полном объеме развитие его должно пройти несколько этапов, на которых происходит закладка «фундамента» будущих функций. Индивидуальные сроки появления отдельных двигательных новообразований могут варьироваться, но последовательность их становления остается неизменной.

**2. Закон перекрытия стадий.** Последовательные стадии в развитии двигательных функций «перекрывают» друг друга: ребенок осваивает одни из них, совершенствуясь в предыдущих. При заболеваниях в наиболее уязвимой позиции оказывается функция развивающаяся. То же касается и двигательного развития. Страдают в первую очередь осваиваемые функции.

**3. Закон последовательной дифференциации.** В ходе сенсомоторного развития возникает и далее реализуется возможность дифференциации и изоляции движений. Сначала формируется совместное (общее) движение, которое в дальнейшем осуществляется изолированно (например: сначала голова ребенка движется вместе с туловищем, затем происходит дифференциация движений).

**4. Цефало-каудальный закон** определяет последовательность включения различных частей тела в «работу»: развитие движений идет от головы к рукам, от рук — к туловищу и к ногам.

**5. Развитие и совершенствование движений** идет также в соответствии с **проксимо-дистальным законом**: вначале ребенок овладевает движениями частей тела ближних (проксимальных) по отношению к средней линии тела, а затем — дальних (дистальных). Например, контроль над движением плеч устанавливается раньше, чем контроль над движением пальцев рук.

Помимо этих основополагающих законов, разработанных в школе отечественной неврологии, хотелось бы добавить еще один из важных принципов развития движений — **Закон основной оси**, в соответствии с которым движения ребенка совершенствуются в плоскости, параллельной его основной оси, средней линии тела (то есть позвоночника). Отсюда понятно, что плоскость основной оси может быть как горизонтальной (когда ребенок лежит), так и вертикальной (когда он садится или стоит).

Следует отметить, что первые два закона (принципа) являются основополагающими не только для формирования двигательной активности, но и всего психического развития в целом. Нарушения этих законов мы и видим, сталкиваясь с вариантами отклоняющегося развития.

Движение ребенка неразрывно связано с развитием пространственных и пространственно-временных представлений как еще одной предпосылки и составляющей психической деятельности, которая, в буквальном смысле «переплетаясь» с формированием произвольной двигательной активности, и является, пожалуй, наиболее важным показателем развития ребенка в самом раннем возрасте.

### **1.3.2. Пространственные представления**

Теснейшим образом с двигательной активностью, ее функциональной организацией связано формирование, «развертывание» во времени **пространственных и пространственно-временных представлений** ребенка. В исследованиях уже упоминаемой школы детской нейропсихологии А.В. Семенович, других исследователей делается правомерный вывод о том, что пространственно-временная организация деятельности ребенка, развитие пространственной ориентировки и пространственно-

временных представлений в онтогенезе лежит в основе не только дальнейшего формирования высших психических функций, но и эмоциональной жизни ребенка [33]. Наши многолетние исследования подтверждают это положение.

Подобная система как одна из составляющих психической деятельности точно так же начинает свое формирование в раннем возрасте, и уровни, «надстраиваясь» один над другим, «прорастают» преимущественно в сфере когнитивного интеллекта (в то же время сохраняя теснейшую связь и с аффективно-эмоциональной сферой). Недостаточность сформированности пространственных, пространственно-временных и квазипространственных представлений, как показывают наши исследования, напрямую влияет на уровень актуального интеллектуального развития ребенка, феноменологически проявляется в нарушениях графической деятельности, чтения, письма, владении математическими операциями, различными видами мышления (особенно абстрактно-логического), которые являются составляющими всех интеллектуальных операций.

Одновременно можно констатировать, что подобная недостаточность формирования этих структур оказывает влияние и на формирование эмоционально-личностной сферы. Практика работы с детьми с искаженным развитием (с детьми с РДА и невыраженными, вялотекущими процессуальными заболеваниями — в клиническом определении) показывает недостаточность сформированности компонентов этой сферы, базирующихся на пространственно-временных и квазипространственных представлениях. Забегая вперед, можно отметить, что коррекционные программы по развитию этих уровней пространственных представлений (в составе общих коррекционных программ, включающих формирование произвольности и гармонизацию аффективной сферы — см. раздел 4.2.2.) позволяют скомпенсировать недостаточность эмоциональной сферы.

Следовательно, с нашей точки зрения, необходимо поставить вопрос о рассмотрении развития пространственных представлений на основе формирования сенсомоторной активности, формирующейся, несомненно, в общении со взрослым (Важность такого показателя психического развития ребенка, как общение со взрослым, нисколько не отрицается и не опровергается. Общение со взрослым является неотъемлемой характеристикой всего детского развития. Оно имманентно присутствует в формировании уровня базовых предпосылок во всем их объеме, в первую очередь формировании уровней аффективной регуляции ребенка в том виде и последовательности, как это приводится в работах К.С. Лебединской и О.С. Никольской [18, 35]. Но тщательный анализ жизнедеятельности ребенка первого года жизни, представленность и динамика психических новообразований, исследования, посвященные базовым составляющим психической деятельности, на наш взгляд, позволяют поставить под сомнение представления об общении со взрослым как о единственном ведущем психическом новообразовании этого возрастного периода), как об одном из ведущих типов деятельности в период до одного года или, по крайней мере, о смене ведущих типов деятельности на определенном отрезке развития (Таким возрастным периодом по многим данным является возраст 6-7 месяцев, когда угасает комплекс оживления и начинается дифференцировка эмоциональных реакций — в результате увеличивается «вес» общения со взрослым в структуре деятельности ребенка. Более подробно эта проблема будет представлена в книге, посвященной развитию ребенку от рождения до года). В любом случае этот вопрос требует отдельного тщательного рассмотрения.

Структура пространственно-временных представлений по А.В. Семенович может быть представлена в виде системы составляющей порядка семи уровней: от «темного мышечного чувства» (по И.М. Сеченову) до когнитивного стиля личности, реализующего квазипространственные представления, такие как понимание инвертированных математических задач, сложных речевых конструкций, использование союзов причинности и логических связей.

В качестве одной из базовых предпосылок и составляющих психической деятельности нами были выделены 4 основных уровня, которые рассматриваются здесь в последовательности овладения ребенком пространственными представлениями на протяжении всего его развития. Такой взгляд на формирование пространственных представлений и их структуру наиболее удобен для диагностической и развивающе-коррекционной деятельности психолога-практика. Безусловно, все эти уровни в процессе развития ребенка в определенной степени пересекаются между собой во времени.

1-й уровень. **Овладение пространством собственного тела.** Соответственно, подуровнями являются:

— ощущения, идущие от проприоцептивных рецепторов (темное мышечное чувство по Сеченову): напряжение — расслабление;

— ощущения, идущие от внутреннего «мира» тела (например, голода, сытости);

— ощущения от взаимодействий тела с внешним от него пространством (границ собственного тела) (По мнению некоторых исследователей, этот подуровень следует отнести к уровню *прСf*-' страстных представлений о взаимоотношениях внешних объектов и тела. Нам кажется возможным как то, так и другое решение в зависимости от того, «с какой стороны» оценивать эту границу тела. В определенной степени условно мы отнесли данный подуровень к представлениям о собственном теле. Для решения задач практики подобное расхождение не представляется важным): сырости - сухости, тактильные ощущения от мокрых и сухих пеленок, складок пеленок и т.п., а также взаимодействия со взрослым, когда ребенка берут на руки (этот подуровень можно рассматривать в качестве естественного продолжения предыдущего подуровня, но его следует выделить для решения диагностических и коррекционных задач).

**2-й уровень. Пространственные представления о взаимоотношении внешних объектов и тела (по отношению к собственному телу). Его подуровни:**

— топологические представления (представления о том, где находится тот или иной предмет);

— координатные представления: о нахождении предметов с использованием сочетания «верх-низ», с понятием «с какой стороны» (от тела), то есть сторонность;

— метрические представления (представления, насколько далеко находится предмет).

Итогом развития на этом этапе становится целостная картина мира в восприятии пространственных взаимоотношений между объектами и собой (структурно-топологические представления).

**3-й уровень. Уровень вербализации пространственных представлений.**

Данный уровень возникает, безусловно, на определенном этапе речевого развития, когда у ребенка вначале в импрессивном, а позже (иногда параллельно) в экспрессивном плане появляется возможность вербализации представлений 2-го уровня. Существует определенная последовательность появления в речи в первую очередь обозначений топологического плана и лишь позже — координатных и метрических. Появление этих представлений на вербальном уровне соотносится с законами развития движения в онтогенезе (закон основной оси). То есть собственно предлоги, обозначающие представления об относительном расположении объектов как по отношению к телу, так и по отношению друг к другу (*в, над, под, за, перед* и т.п.) появляются в речи ребенка, соответственно, позже, чем этологически более ранние представления (*верх, низ, близко, далеко* и т.п.).

**4-й уровень. Лингвистические представления (пространство языка).**

Этот уровень включает в себя формирование пространственных представлений (лингвистическое пространство — пространство языка и мышления — когнитивный стиль мышления) и является наиболее сложной и поздно формирующейся составляющей психической деятельности (в данном случае правомерно говорить исключительно о составляющей, а не о предпосылке). Этот уровень, корнями уходящий непосредственно в пространственные представления «нижнего» порядка, формируется непосредственно как речевая деятельность, являясь в то же время одной из основных составляющих стиля мышления и собственно когнитивного развития ребенка.

Естественно, что все эти уровни разворачиваются, «прорастают» в ситуации развития ребенка, то есть во времени, и временной фактор (временной вектор по А.В. Семенович) присутствует на каждом уровне, придавая ему специфическое своеобразие полноценной картины мира. В то же время ни в коем случае нельзя рассматривать формирование и разворачивание во времени пространственных представлений вне развития произвольности психической активности и вне теснейшей взаимосвязи с эмоционально-аффективной сферой.

Как уже не раз отмечалось, выделение отдельных составляющих позволяет упростить, сделать удобными, технологичными представления о базовых составляющих для проведения диагностической и коррекционной работы. Действительно, воздействуя на каждую отдельную составляющую на определенном уровне, мы опосредованно воздействуем на всю систему базовых предпосылок, которые, казалось бы, не имеют прямой связи с корректируемой. В то же время «за этим стоит системоорганизующая функция мозга и, в частности, то обстоятельство, что мера взаимовлияния двух явлений тем больше, чем меньше функциональная дистанция между мозговыми структурами эти явления опосредующими»

(А.В. Семенович, С.О. Умрихин. Пространственные представления при отклоняющемся развитии. Методические рекомендации к нейропсихологической диагностике. — М., 1998. — С.50). Учет этого положения при разработке коррекционных программ позволяет значительно повысить их эффективность, придать программам истинно интегративный характер.

### **1.3.3. Базовая аффективная регуляция**

Третьей, не менее важной, предпосылкой и составляющей формирования психической деятельности в онтогенезе является уровневая система базовой аффективной регуляции, разработанная в школе К.С. Лебединской - О.С. Никольской [18, 35]. Показано, что такая сложноорганизованная многоуровневая (4 уровня) аффективная (эмоциональная) регуляция также лежит в основе всей психической деятельности ребенка, включаясь в единый процесс его адаптации и регуляции поведения. Подобная сложная система реагирования формируется на самых ранних этапах онтогенеза и теснейшим образом связана с формированием пространственно-временной организации на базе двигательной, сенсомоторной активности ребенка. В дальнейшем механизмы аффективной регуляции преобразуются, совершенствуются и включаются в единый процесс адаптации. У каждого уровня аффективной регуляции есть своя смысловая задача, свой механизм регуляции, вклад в общую тоническую регуляцию. Они являются в своем роде «перво-единицами» эмоционально-аффективной сферы, составляющими единую сложно координированную структуру. На каждом из них решаются качественно различные задачи адаптации: они не могут подменить друг друга, а ослабление или усиление функционирования одного из них, выпадение механизмов одного из уровней приводит к общей дезадаптации.

Таким образом, базовая аффективная регуляция может быть представлена в виде:

- 1) уровня полевой реактивности (*1-й уровень*);
- 2) уровня аффективных стереотипов (*2-й уровень*);
- 3) уровня аффективной экспансии (*3-й уровень*);
- 4) уровня эмоционального контроля (*4-й уровень*).

Не вдаваясь детально в строение уровней базальной системы эмоциональной регуляции, межуровневых взаимодействий и вклада каждого из уровней в единую систему аффективной организации, кратко охарактеризуем каждый из уровней (Описание уровней базальной системы эмоциональной регуляции приводится по книге «Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция». / Под ред. В.В. Лебединского, О.С. Никольской и др. — М.: МГУ, 1990). Следует также отметить, что предлагаемая теория организации эмоциональной регуляции является, на наш взгляд, одним из немногих направлений специальной психологии, которые определяют на современном этапе развитие психологической науки в целом.

**Первый уровень** (уровень полевой реактивности) участвует в решении наиболее базальных задач защиты организма от влияния внешней среды. Его смыслом является организация аффективной преднастройки к активному контакту с окружающим: наиболее примитивная оценка самой возможности контакта с внешним миром. Аффективное переживание на этом уровне, не имея еще положительной или отрицательной окраски, связано с общим ощущением комфорта или дискомфорта в психическом поле. Эта форма примитивной аффективной оценки ограничена непосредственной ситуацией, наименее энергоемка, но адекватна для решения определенного круга задач. Реагируя лишь на интенсивность, уровень полевой реактивности не оценивает качества воздействия, но реагирует, как это следует из самого названия, на «интенсивность психологического поля» в целом. Характерно, что, являясь наиболее примитивным механизмом регуляции, этот уровень во многом определяет человеческое поведение в среде, обеспечивая индивиду безопасность и эмоциональный комфорт. В то же время первый уровень вносит важный вклад в организацию процесса творческого решения задач. Он обеспечивает ощущение решения как наития, где ощущение красоты, гармонии решения является первым сигналом его правильности.

Аффективно значимыми на этом уровне являются впечатления динамики интенсивности внешних воздействий: движения, динамика интенсивности внешних воздействий, изменение пространственных соотношений в окружающем. В ситуации необходимости поддержания душевного равновесия, снятия напряжения на основе элементарных впечатлений именно на первом уровне начинают формироваться активные психотехнические приемы стабилизации аффективной жизни, которые в настоящее время все больше входят в состав различных психотерапевтических и психокоррекционных систем.

Выполняя фоновые функции в осуществлении эмоционально-смысловой адаптации к окружающему, этот уровень обеспечивает тоническую регуляцию аффективных процессов.

Следующей ступенью углубления аффективного контакта со средой является *второй уровень* (уровень аффективных стереотипов). В раннем возрасте он играет важнейшую роль в отработке приспособительных реакций ребенка — пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью, в дальнейшем развиваясь как компонент сложных форм адаптации и определяя полноту и своеобразие чувственной жизни человека.

Основной задачей этого уровня является регуляция процесса удовлетворения соматических потребностей. Он устанавливает аффективный контроль за функциями самого организма, упорядочивает психосоматические ощущения и аффективно связывает их с внешними сигналами. Конечным итогом реализации уровня стереотипов является эффективная адаптация субъекта к окружающему, выработка аффективных стереотипов сенсорного контакта с ним.

Развитие этого уровня приводит к возникновению примитивной аффективной избирательности: оценке соответствия внешнего воздействия витальным нуждам организма, оценке комфорта или дискомфорта в связи с нарушениями процесса удовлетворения потребности. Оценка сигналов, исходящих из внешней и внутренней среды, приобретает качественный характер. Наиболее аффективно значимые сигналы внутренней среды соединяются с внешними впечатлениями, которые аффективно «насыщаются» и превращаются в значимые, окрашенные внутренним индивидуальным смыслом.

Важной характеристикой этого уровня аффективной организации является непереносимость, неприятие впечатлений, связанных с изменениями условий жизни, нестабильностью окружающей среды. Можно сказать, что именно этот уровень аффективной организации закладывает основы формирования индивидуальности человека через выявление собственных пристрастий в сенсорных контактах со средой. Типом поведения, характерным для этого уровня, являются стереотипные реакции (накапливаемый в процессе онтогенеза арсенал индивидуальных стереотипов сенсорного контакта со средой), привычки, которым человек стремится следовать. Подобные аффективные стереотипы являются фоновым обеспечением самых сложных форм поведения человека, задавая аффективный смысл поведения и являясь ведущими по отношению к первому уровню.

Обеспечение активной адаптации к изменяющимся условиям внешней среды, достижение аффективно значимых целей через преодоление неожиданных препятствий осуществляется на следующей ступени развития эмоционального контакта со средой - *третьем уровне* (уровень аффективной экспансии). Приспособительным смыслом уровня является аффективная экспансия окружающего мира, овладение неизвестной, следовательно, опасной ситуацией и с помощью этого - через запуск исследовательского поведения, поиск преодоления трудностей - получение положительных эмоций успеха, чувства победы. Таким образом, разряжение доминанты опасности этой общей, положительно окрашенной эмоциональной оценкой дает дополнительный аффективный заряд переживания.

Активное взаимодействие с окружающим делает для индивида витально необходимой оценку своих сил, рождает потребность в столкновении с препятствием, но и дает информацию о границах собственных возможностей. Таким образом, уровень экспансии оценивает силу воздействия субъекта на среду. Аффективные переживания этого уровня связываются тем самым с достижением желаемого, отличаются большой силой и полярностью (не столько своей положительностью — отрицательностью, сколько стеничностью — астеничностью).

Аффективное переживание на третьем уровне теряет конкретную сенсорную окраску, проигрывает в многообразии, но зато выигрывает в силе, напряженности, дифференцируя последние в системе: «хочу — не хочу», «могу — не могу». Аффективная память уровня становится накопительницей нового знания о себе, создает аффективный опыт успехов и поражений, вырабатывает основу развития уровня притязаний.

Достижение аффективной цели может осуществляться в символическом плане (фантазии, рисунке, игре). Типом поведения здесь становится активная экспансия на окружающее. Субъект идет туда, где опасно, неприятно, поскольку препятствие на пути, неожиданные впечатления не пугают, а вызывают любопытство, порождают не страх, а гнев, агрессию. То есть задачей уровня экспансии является овладение меняющейся, динамической средой. Его аффективная оценка имеет доминирующее значение, в известной степени подавляет отрицательные аффективные оценки ситуации другими уровнями.

**Четвертый уровень** (уровень эмоционального контроля) обеспечивает новый шаг в углублении и активизации взаимодействия с окружающим миром. Конкретным приспособительным смыслом этого уровня является налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми: разработка способов ориентировки в их переживаниях, формирование правил, норм взаимодействия с ними. Надстраиваясь над низшими уровнями, он обеспечивает контроль сообщества над индивидуальной аффективной жизнью, приводя ее в соответствие с требованиями и нуждами окружающих.

Ориентировка этого уровня направлена на выделение аффективных проявлений другого человека как сигналов, наиболее значимых для адаптации к окружающему. Она осуществляется появляющейся на этом уровне непосредственной эмпатией переживания другого человека. Значимыми сигналами становятся лицо человека, его мимика, взгляд, голос, прикосновение, жест. Характер ориентировки позволяет оценить возможные эмоциональные последствия поступка. Положительно здесь оценивается одобрение людей, отрицательно — их негативные реакции. Только четвертый уровень, реально опирающийся в адаптации на аффективный опыт других людей, стабильно обеспечивает адекватную синтонную реакцию на их оценку, и это является основой возникновения эмоционального контроля человека над своим поведением: радость от похвалы и огорчение от неприятия. Именно здесь формируется самоощущение, окрашенное эмоциональными оценками других людей, и создаются тем самым предпосылки развития самооценки.

Аффективное переживание связывается с сопереживанием другому человеку, опосредовано им и тоже является уже собственно эмоциональным переживанием, начинает доминировать эмпатия одобрения или неодобрения других людей. В жизнь ребенка входит эмоциональное переживание «хорошо» и «плохо», «смею — не смею», «должен — не должен», чувство вины, удовольствия от похвалы.

Индивидуальный эмоциональный опыт фиксирует запреты и предпочтительные формы контакта с окружающим миром, отражающие опыт других людей. Этот уровень создает образ надежного, стабильного окружающего мира, защищенного за счет существования эмоциональных правил поведения, гарантирующих адаптацию без внезапных срывов от неожиданностей и превратностей. Именно на этом уровне поведение организуется по сложному кодексу этологических правил контакта. В случае неудачи в адаптации субъект на этом уровне уже не реагирует ни уходом, ни направленной агрессией — он обращается за помощью к другим людям.

В то же время, на наш взгляд следует провести некоторые различия между данным уровнем базовой аффективной регуляцией и произвольностью собственной эмоциональной регуляции как высшего уровня произвольности психической активности. В первую очередь, они различаются своими задачами. Задача 4-го уровня — эмоциональный анализ ситуации, взаимодействий ребенка, а задача высшего уровня произвольности — адекватная регуляция своего поведения в соответствии с этой оценкой. Таким образом, теснейшая связь между ними все таки не означает их тождества.

Такое описание каждого из уровней важно потому, что данные составляющие определяют не только эмоционально-личностную структуру ребенка, характер его взаимоотношений с окружающей средой, но в огромной степени и мотивационно-волевые компоненты, «энергетизацию» и тонизацию всей его психической активности. С другой стороны, понимание, что подобная структура эмоциональной регуляции присуща каждому ребенку, каждому из нас (впрочем, как и остальные составляющие психической деятельности), позволяет рассматривать ее как необходимую составляющую психологической диагностики и вытекающей отсюда развивающе-коррекционной работы, которая непосредственно составляет важную часть содержания деятельности психолога.

В целом включение понятия базовых предпосылок (составляющих) психической деятельности в сферу деятельности психолога-практика позволяет значительно повысить эффективность его диагностической и развивающе-коррекционной работы с детьми с различными формами отклоняющегося развития. Как уже отмечалось использование этого подхода к психическому развитию ребенка позволяет значительно более эффективно «построить» прогноз его дальнейшего развития, оценить возможные «выходы» в ту или иную акцентуацию личности или даже в патологическое состояние.

#### **1.4. Общая стратегия деятельности психолога образования с проблемными детьми**

Описанные принципы и подходы к работе специалистов с проблемными детьми, несомненно, требуют четкой и последовательной стратегии деятельности психолога. В принципе можно говорить об

общей стратегии работы психолога вне зависимости от ведомственной подчиненности и характера тех структур, в рамках которых он работает с детьми.

В наиболее общем виде схема деятельности психолога приведена на рис. 1.2.



Рис. 1.2. Общая стратегия деятельности психолога по психологическому сопровождению ребенка в рамках деятельности Консилиума образовательного учреждения

Следует сразу же оговориться, что предлагаемый подход ориентирован на работу с детьми, испытывающими трудности обучения, имеющими те или иные формы неадекватного поведения, то есть касается работы именно с теми детьми, которые чаще всего вызывают нарекания педагогов и родителей.

Как уже указывалось в предыдущих разделах, их можно охарактеризовать как дети с «отклоняющимся развитием», где под «отклоняющимся» понимается «выход» каких-либо характеристик развития, обучения, поведения, существования и адаптации в социуме в целом из пределов социально-психологического норматива (СПН по К.М. Гуревичу). Предлагаемая технология деятельности психолога именно с этой категорией детей и лежит в основе настоящей главы.

С самого начала следует отметить, что в целом деятельность психолога образовательного учреждения может проходить, по крайней мере, в двух «режимах».

Первым является *работа психолога с ребенком в рамках деятельности школьного консилиума* (консилиума образовательного центра, психолого-медико-педагогической консультации и т.п.). Необходимо уточнить, что под «консилиумом» мы понимаем не только общие обсуждения специалистов (пусть даже очень частые) при анализе особенностей развития того или иного ребенка или ситуации вокруг него (в школе или семье), но постоянно действующий, скоординированный, объединенный общими целями коллектив специалистов, реализующий ту или иную стратегию сопровождения ребенка. То есть консилиум в «расширенном» смысле — это некая «виртуальная» реальность, которая выражается, «опредмечивается» в постоянном взаимодействии различных специалистов по поводу ребенка и его семьи, требующих специальной помощи и поддержки. Основным требованием к деятельности подобного образования является необходимость не только истинного понимания задач и стратегии развивающей и коррекционной работы других специалистов помимо своей собственной, но и четкой согласованности действий всех специалистов по принципу: «в нужное время в нужном месте».

Другим видом деятельности психолога образования является *непосредственная работа как с педагогами, так и с родителями проблемных детей*. Этому виду деятельности психолога посвящено много работ [4, 15, 16, 25, 26 и др.], но есть и некоторые особенности, характеризующие специфику подобной работы с родителями и педагогами именно «проблемных» детей.

Если рассматривать первую составляющую деятельности психолога в рамках консилиума, то она состоит из ряда последовательных этапов, закономерно вытекающих один из другого. В реальной практике психолога, безусловно, возможны некоторые расхождения с приводимой стратегией работы, которые могут определяться региональными, этническими и социокультурными особенностями семей, в которых воспитываются дети и т.п. Данный подход определяет необходимые и достаточные элементы работы психолога, без которых, на наш взгляд, реальная психологическая помощь оказывается малоэффективной.

Совершенно очевидно, что работа с ребенком, диагностика и обследование могут начаться либо по запросу родителей (лиц их замещающих), либо с их согласия по запросу учителя, воспитателя, администрации образовательного учреждения. При этом согласие родителей должно быть документально зарегистрировано в Карте развития или в каком-либо другом документе, заводимом на ребенка в данном учреждении [15, 16, 25, 26]. Письменное согласие родителей или опекунов позволяет предупредить ряд важных моментов, связанных, в частности, с конфликтными ситуациями.

Характер запросов и структура жалоб родителей или специалистов, контактирующих с ребенком, достаточно детально проанализированы в ряде пособий [4, 15, 24], и поэтому мы не считаем нужным здесь на этом останавливаться. Желательно, чтобы проблемы или жалобы были зафиксированы заранее, например при записи ребенка на консультацию. Это можно рассматривать как *предварительный этап* сопровождения ребенка. В настоящее время различными образовательными центрами разработан ряд документов, карт развития и т.п., в которых достаточно подробно и развернуто представлены те необходимые начальные сведения о ребенке и его семье, которые «ложатся на стол» специалисту, проводящему обследование первым. Мы не претендуем на какой-либо особый вид таких карт или документов. Первичное обследование ребенка разными специалистами (в том числе и психологом) является *первым этапом* сопровождения.

Важной проблемой является определение последовательности «прохождения» ребенком различных специалистов. Кто из них должен быть первым, то есть проводить так называемый «первичный прием»? До сих пор этот вопрос не имеет однозначного ответа. Несомненно, многое зависит от состава специалистов консилиума или образовательного центра, куда обратилась семья. В то же время следует отметить, что практика консультативно-диагностической деятельности показывает, что существует два наиболее эффективных варианта. В том случае, когда в учреждении имеется психолог с большим практическим опытом работы, целесообразно, чтобы первичный прием проводил он. Если же, в силу тех или иных причин, психолог не обладает необходимым опытом работы, первичный прием имеет смысл провести любому другому специалисту, в первую очередь логопеду или врачу.

В ситуации, когда первичный прием проводит психолог, в своих рекомендациях он не только может, но и должен в каждом конкретном случае определить необходимость участия в обследовании других специалистов, а в некоторых случаях — и последовательность (приоритетность) проведения обследований (консультаций) специалистами разных профилей. Несомненно, огромную роль в такого ро-

да координационной работе играет собственный опыт психолога. Психолог, осуществляющий первичное консультирование проблемного ребенка, собирает и анамнестические сведения о нем и его семье (так называемый *психологический анамнез*). В этом случае другие специалисты дополняют и уточняют полученные анамнестические данные.

Разумеется, психологический анамнез не компенсирует необходимость сбора врачом классических сведений о заболеваниях ребенка (медицинская часть анамнеза). Мы лишь подчеркиваем своеобразие психологического анамнеза и его значение как для построения общей гипотезы обследования, так и для постановки психологического диагноза. По результатам проведения углубленного обследования психолог составляет развернутое заключение (Приложение 7).

Ориентировочная продолжительность углубленного обследования и его отдельных этапов для детей разного возраста приведена в таблицах примерного распределения времени по видам и направлениям работ психолога (Приложение 6А) и будет детально обсуждена в разделе 3.

**Первый этап** заканчивается составлением *индивидуальных* заключений всеми специалистами консилиума (или той группы специалистов, которая имеется в данном учреждении). В соответствии с принципом *индивидуально-коллегиального обследования* после обследования ребенка специалисты коллегиально обсуждают полученные результаты. Это обсуждение можно рассматривать в качестве **второго этапа** комплексного психолого-медико-педагогического сопровождения.

Коллегиальное обсуждение результатов обследования позволяет выработать единое представление о характере и особенностях развития ребенка, определить общий прогноз его дальнейшего развития и комплекс тех развивающе-коррекционных мероприятий, которые помогут ребенку. **Завершающей частью** второго этапа работы психолога в рамках консилиума является его участие в выработке решения по определению образовательного маршрута в соответствии с особенностями и возможностями ребенка, а также определение необходимых для его развития психологических коррекционных и развивающих программ. Здесь же обсуждается координация и согласованность последующего взаимодействия специалистов друг с другом. При необходимости определяется последовательность включения различных специалистов в работу с ребенком.

Характерной особенностью деятельности психолога в современных условиях является то, что его работа не может протекать изолированно от других специалистов. И это касается не только педагога как «главного» специалиста в образовательном учреждении. Сейчас во многих (и будем надеяться, что скоро **во всех**) школах и дошкольных учреждениях. Домах ребенка и интернатах появляются такие специалисты, как логопед, социальный педагог или социальный работник, специалисты медицинского профиля, валеолог. Пока еще их работа идет по принципам: «чем больше, тем лучше» и «все сразу вместе», причем каждый из них стремится прежде всего максимально выполнить свой объем работ вне зависимости от того, что делают остальные (и делают ли вообще). И чем больше специалистов в школе, тем больше каждый из них «навешивает» на несчастного ребенка свою помощь! Хорошо ли это для детей? Эффективна ли такая помощь?

Самое главное: кто должен организовать общую работу и определить, как наиболее эффективно ее «распределить»? Эта функция должна быть возложена именно на психолога в силу большего, по сравнению с другими специалистами, «проникновения» психолога в личность ребенка, того, что именно он, как «особый» специалист, в большей степени является выразителем интересов и прав ребенка. Необходимость объединить усилия психолога с усилиями логопеда, учителя-дефектолога, врача, «собрать» всех в единую, слаженную команду требует от него особых психотерапевтических навыков, умения создать толерантную атмосферу в деятельности консилиума. Эта сторона деятельности психолога в междисциплинарной команде еще недостаточно разработана и требует дополнительных исследований.

Таким образом, с нашей точки зрения, одной из важнейших функций психолога является координация деятельности специалистов в ситуации совместного сопровождения ребенка в процессе его развития и обучения.

Часто встает вопрос, необходимо ли присутствие ребенка или его родителей (лиц их заменяющих) на таком обсуждении? Наш опыт показывает, что в ситуации, когда коллегиальное обсуждение ребенка проходит непосредственно после обследования всеми специалистами (в течение 3-5 дней после последнего обследования), вполне возможно не приглашать ребенка и его родителей на обсуждение, а

предоставить им результаты в виде понятного для них заключения и «проговорить» все интересующие их или непонятные моменты. Как правило, эта функция может быть возложена на руководителя консилиума или в некоторых случаях может являться прерогативой психолога. В то же время следует помнить, что каждый специалист обязан проконсультировать родителей по результатам собственного обследования и дать ясные и понятные рекомендации по развитию, воспитанию их ребенка в сфере своей деятельности. С нашей точки зрения, в отдельных, наиболее сложных случаях специалист обязан в доступной форме предоставить родителям информацию о *прогнозе дальнейшего развития* ребенка, предполагаемой динамике его состояния.

В ситуации, когда школьный консилиум не пришел к общему мнению по поводу необходимой развивающей и коррекционной работы с ребенком, случай оказался сложным и опыта специалистов недостаточно, а также в ситуации конфликтных отношений с родителями ребенка, неприятием родителями рекомендаций консилиума, ребенок может быть направлен на консультацию более высокого уровня: муниципальную, районную или даже региональную (см. рис. 1.2). Подразумевается, что в такой консультации сосредоточены более опытные специалисты, что позволяет им правильно оценить состояние ребенка. Все полученные результаты в виде общего заключения консилиума в этом случае передаются в муниципальную консультацию и в дальнейшем (после дополнительного обследования ребенка) возвращаются, в данное образовательное учреждение с заключениями специалистов консультации (в том числе психолога консультации) и рекомендациями по организации развития, воспитания и, при необходимости, обучения ребенка.

**Третьим этапом** деятельности психолога образования является собственно реализация решений консилиума или образовательного центра (муниципальной консультации) по развивающе-коррекционным мероприятиям внеурочного плана или включению специальной психологической помощи непосредственно в процесс обучения ребенка.

Как правило, развивающе-коррекционная работа проходит в индивидуальном или групповом режиме. В соответствии с особенностями развития ребенка и спецификой образовательного учреждения определяются интенсивность и продолжительность циклов занятий. Наиболее важной задачей деятельности психолога на этом этапе является разработка оригинальных индивидуально ориентированных программ специальной психологической помощи или использование уже имеющихся разработок в соответствии с индивидуально-психологическими особенностями ребенка или группы детей в целом. Из этого, в частности, вытекает важная задача подбора детей в достаточно гомогенные группы (то есть дети в коррекционных группах должны обладать определенными близкими по структуре особенностями развития), что само по себе является достаточно сложным. Кроме того, должны быть определены показатели наполняемости таких групп и, что более важно, продолжительность как отдельного занятия (Приложение 6Б), так и цикла занятий в целом. Все эти характеристики должны быть не только отражены, но и обоснованы в программе коррекционной работы.

При этом на каждого ребенка должны быть заведены соответствующие документы, отражающие ход коррекционной работы, в которых отмечаются выполнение программы занятий (кратко) и основные показатели динамики изменений состояния ребенка (Приложение 8).

Завершением этого этапа работы психолога является *динамическое* обследование (оценка состояния ребенка после окончания цикла развивающе-коррекционной работы) или *итоговое* обследование. Результаты каждого из обследований отражаются в соответствующем заключении психолога (Приложения 9, 10).

Если по конечным итогам работы с ребенком консилиум проводится в обязательном порядке, то результаты промежуточного обследования требуют проведения консилиума только в том случае, если отмечается явно недостаточная или отрицательная динамика развития. Если на промежуточном этапе были получены значительные изменения состояния (не только вследствие деятельности психолога, но и других специалистов) либо произошли какие-то незапланированные события, сами по себе резко изменившие как состояние, так и условия жизни ребенка, вынесение обсуждения ситуации на консилиум также является необходимым. Таким образом, можно говорить о *плановых* и *внеплановых* консилиумах. Можно сформулировать и конкретные задачи консилиумов.

Так, плановый Консилиум:

— определяет пути психолого-медико-педагогического сопровождения детей;

— вырабатывает согласованные решения по определению образовательного коррекционно-развивающего маршрута и дополнительных программ развивающей или коррекционной работы;

— дает динамическую оценку состояния ребенка и корректирует ранее намеченную программу;

— решает вопрос об изменении образовательного маршрута, развивающей и коррекционной работе по завершении обучения (окончании учебного года).

Как правило, плановые Консилиумы созываются раз в полгода.

Внеплановые Консилиумы собираются по запросам специалистов (педагога класса, или воспитателя дошкольного образовательного учреждения, или одного из работающих с ребенком специалистов). Как уже указывалось, поводом для внепланового Консилиума является выяснение или возникновение новых обстоятельств, влияющих на обучение, развитие ребенка, отрицательная динамика его обучения или развития и т.п.

Задачами внепланового Консилиума являются:

— решение вопроса о принятии каких-либо необходимых экстренных мер по выявившимся обстоятельствам (в том числе, каким специалистом должен быть проконсультирован ребенок в первую очередь);

— изменение направления ранее проводимой коррекционно-развивающей работы в изменившейся ситуации или в случае ее неэффективности;

— решение вопроса об изменении образовательного маршрута либо в рамках деятельности данного образовательного учреждения, либо в выборе иного типа учебного заведения.

Динамическая оценка состояния ребенка в рамках Консилиума является *завершающей стадией* третьего этапа. В дальнейшем работа с ребенком либо завершается (в ситуации планового итогового Консилиума и выведения ребенка в другое образовательное учреждение), либо продолжается (например, в условиях перехода ребенка в следующий класс или группу детского сада и т.п.) с повторением цикла второго и третьего этапов.

Что касается второго режима — *внеконсилиумной деятельности психолога*, то ее специфика заключается в следующем. Необходимо не просто в понятной и доступной для педагога форме объяснить специфику когнитивного различия ребенка, начиная с описания его «сильных» и «слабых» сторон этой сферы (например, резкого снижения темпа деятельности или появления неадекватных поведенческих реакций на фоне утомления, как реакции на усложнение учебного материала), способов компенсации трудностей, но и безусловно выработать совместные наиболее адекватные способы взаимодействия педагога с ребенком как в ситуации фронтального обучения, так и в экстремальных для ребенка ситуациях (контрольные работы и т.п.). Совместно с психологом должна быть выработана стратегия взаимодействия педагога с ребенком с учетом его личностных особенностей. Психолог должен стать «посредником» между педагогом и родителями ребенка, поскольку родители проблемных детей очень часто сами находятся в ситуации стресса и нуждаются в большей поддержке не только психолога, но и собственно педагога. С другой стороны, именно по поводу таких детей чаще всего возникают конфликтные ситуации между родителями и педагогами.

Непосредственная работа с родителями строится на особой модели поведения родителей и их взаимодействия со специалистами [28], характеризующейся в первую очередь тем, что в большинстве случаев психолог сталкивается не просто с несформированным запросом помощи, а с крайне негативным отношением как к процедуре взаимодействия со специалистом, так и к нему самому. Другим вариантом является абсолютное безразличие родителей к проблемам ребенка и игнорирование как этих проблем, так и рекомендаций специалистов. Работа психолога в такой ситуации требует от него специальных технологий взаимодействия с семьей и владения адекватными психотерапевтическими приемами. Технологии консультирования проблемных семей и работа с ними будет отражены в отдельном издании серии.

Дополнительно следует отметить, что удобно и технологично проводить повременную регистрацию всех видов деятельности психолога, сконцентрировав подобную регистрацию в едином рабочем документе — Журнале регистрации (Приложение 11). Это позволяет структурировать всю деятельность психолога образовательного учреждения, контролировать выполнение направлений и видов работ, а также значительно облегчает составление статистических отчетов за определенные периоды времени.

В заключение перечислим те необходимые виды рабочей документации, которые, на наш взгляд, должен вести психолог:

1. Психологическое заключение по результатам углубленного обследования.
2. Бланк коррекционной работы.
3. Психологическое заключение по результатам динамического (промежуточного) обследования.
4. Итоговое психологическое заключение.
5. Журнал регистрации видов работ.

## Раздел 2. ТИПОЛОГИЯ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

### 2.1. Общие принципы построения современной классификации отклоняющегося развития

В своей трактовке типологии отклоняющегося развития мы исходим из ставших уже классическими трудов В.В. Лебединского (1985) и В.В. Ковалева (1995), в свою очередь построенных на работах Г.Е. Сухаревой (1959) и Л. Каннера (1955). Классификацию В.В. Лебединского [19] можно считать наиболее отвечающей как по психологическому содержанию, так и по терминологии задачам выделения собственной классификационной и терминологической области специальной психологии. Плюсом классификации следует считать ее «прозрачность», то есть достаточную понятность ее терминологии для специалистов «смежных» профессий (медицинских работников, педагогов-дефектологов и др.).

Для полноты описания современных клинико-психологических классификаций нельзя не остановиться хотя бы на перечислении синдромов онтогенеза психики дезадаптивной части детской популяции, используемых в рамках нейропсихологии детского возраста.

В основе данной классификации лежит деление на «синдромы несфор-мированности», «синдромы дефицитарности» и «атипию развития» [31, 34] (Предлагаемое деление методологически связано с учетом онтогенеза развития ребенка, при котором субкортикальные образования к концу первого года жизни практически завершают свое структурно-морфологическое развитие. Следовательно, строго говоря, начиная с этого возраста, их состояние может обозначаться как «предпатологическое», «субпатологическое», но никак не «несформированное». С точки зрения нейропсихологического языка описания, «функциональная несформированность» может иметь место только там, где продолжается морфогенез той или иной мозговой структуры).

Таким образом, нейропсихологическая классификация отклоняющегося развития принимает вид:

- 1) функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга;
- 2) функциональная несформированность левой височной области;
- 3) функциональная несформированность межполушарных взаимодействиях транскортикального уровня (мозолистое тело);
- 4) функциональная несформированность правого полушария мозга;
- 5) функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер);
- 6) функциональная дефицитарность стволовых образований мозга. Дисгенетический синдром;
- 7) атипия психического развития.

Каждый из представленных синдромов определяет своеобразие всей совокупности психической феноменологии, «...целостный ансамбль психической деятельности ребенка, способный адекватно отреагировать на те требования, которые ему предъявляет окружающий мир» [31].

Для нас является важным, что такие параметры, как квалификация актуального психического статуса, определение в ретроспективе (включая и внутриутробный период) времени и места «поломки», соотнесение ситуации развития ребенка с возрастными нормативами и идеальным уровнем развития всех ВПФ, должны быть описаны не только на языке психических процессов, но и на языке нейропсихологии. В результате и образуется интегративный статус, позволяющий выбрать адекватные развивающие и коррекционные программы, соответствующие характеру онтогенеза ребенка.

В предлагаемой нами типологии отклоняющегося развития мы попытались создать систему собственно психологических показателей развития ребенка, которые определяют и в то же время отграничивают содержательное поле деятельности психолога от содержания деятельности других специалистов (логопедов, дефектологов, психиатров). Наиболее удобно представить такую типологию в виде схемы (рис. 2.1).

Предлагаемая типология базируется на синдромальной диагностике как единице психологического диагноза, что находит подтверждение в высказываниях Л.С. Выготского: «Переход от симптомологической диагностики ... к клинической диагностике, основанной на *определении внутреннего хода самого процесса развития*». И далее: «... *синтетическая, динамическая картина тех проявлений, совокупность которых мы называем личностью, входит в рамки исследования*» (Л.С. Выготский. Собр. соч. в 6 т. Т 4. — М.: Педагогика, 1983. — С. 267-268). Таким образом, мы считаем возможным и правомерным говорить о синдромологическом анализе состояния ребенка, то есть отнесении его развития к той или иной категории (типу и виду) отклоняющегося развития. Необходимо только помнить, что отнесение к той или иной группе или типу отклоняющегося развития представляет собой исключительно *ди-*

намическую оценку, не являясь «ярлыком», приклеенным к ребенку раз и навсегда.

В отечественной психиатрии и психологии [11,13,19] выделяются три основные группы собственно психологических синдромов: *недостаточное, асинхронное и поврежденное развитие* (последнее выступает скорее как этиологический, причинный классификационный признак, нежели специфика феноменологических проявлений развития), определяемых, в первую очередь, спецификой, последовательностью и темпом формирования всей иерархической структуры психического развития ребенка.

Спецификой вариантов *недостаточного развития* является недостаточность по отношению к средненормативному всех (тотальное, задержанное) или отдельных (парциальное) психических функций, их базовых составляющих. При этом преимущественно страдают, оказываются недостаточно сформированными произвольная регуляция психической активности и пространственно-временные представления, которые являются основой развития когнитивной сферы ребенка.

*Асинхронное развитие* характеризуется нарушением основного принципа развития (гетерохронии), когда наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития, искаженного развития как отдельных психических функций, так и структуры их базовых составляющих (с преимущественным нарушением базовой аффективной составляющей). В то же время следует отметить, что асинхрония развития присуща и различным категориям других выделяемых групп развития, то есть не является абсолютно специфичной для данной группы отклоняющегося развития.

Основанием выделения группы *поврежденного развития* служит наличие повреждающего влияния на мозг того или иного фактора, искажающего в первую очередь органические основы развития, а вторично (в зависимости от большого количества факторов: локализации, сроков, объема, выраженности, качества повреждения и т.п.) — воздействующего на всю структуру дальнейшего психического развития.

В свою очередь, каждая группа отклоняющегося развития (в соответствии с принципиально отличающимися качественными характеристиками) может быть подразделена на отдельные подгруппы.

Следует также отметить, что для каждого типа, той или иной подгруппы могут быть определены не только такие диагностически важные психологические показатели (критерии), как *обучаемость, критичность и адекватность*, но и специфичный для них профиль структуры базовых составляющих. Все это позволяет более уверенно относить развитие ребенка к тому или иному типу, на которые, в свою очередь, «расщепляется» каждая подгруппа (рис 3а, б, в).

Следует отметить, что предлагаемая классификация достаточно условна. Как и любая другая, наша типология описывает относительно «чистые», изолированные варианты отклоняющегося развития. В жизни они могут (как это часто и происходит) частично накладываться друг на друга, пересекаться, «смыкаться» по своим феноменологическим проявлениям. Учитывая также благоприятные или неблагоприятные факторы развития детей, мы можем достаточно уверенно прогнозировать и «отклонение», девиацию развития ребенка в сторону иного психологического типа. Длительное (на протяжении 3-5 лет) наблюдение за развитием и обучением детей в различных образовательных учреждениях позволяет делать подобные выводы.

Для описания различных подгрупп и типов отклоняющегося развития, каждый из которых характеризуется собственной спецификой, «профилем» не только феноменологических проявлений, но и базовых составляющих психического развития, спецификой таких «единиц» психологического анализа, как обучаемость, критичность, адекватность, мы предлагаем следующую схему:

- 1) наиболее типичные для данной группы отклоняющегося развития феноменологические проявления;
- 2) специфическая структура формирования базовых предпосылок (составляющих) психического развития;
- 3) наиболее целесообразные варианты и формы развивающей и коррекционной помощи ребенку, в том числе и адекватная последовательность проведения этих мероприятий;
- 4) вероятностный прогноз развития ребенка в различных образовательных и социальных условиях;
- 5) наиболее типичные диагнозы других специалистов (в первую очередь — детских психиатров, неврологов и логопедов);

б) возможный ведущий специалист, назначаемый школьным психолого-медико-педагогическим консилиумом, консультацией образовательного центра.

Кроме того, наиболее характерные феноменологические проявления каждого из вариантов отклоняющегося развития, особенности отдельных сторон деятельности детей и характер развивающей и коррекционной работы, необходимой в каждом случае, приводятся в сводной таблице (прилож. 1, 2, 3).

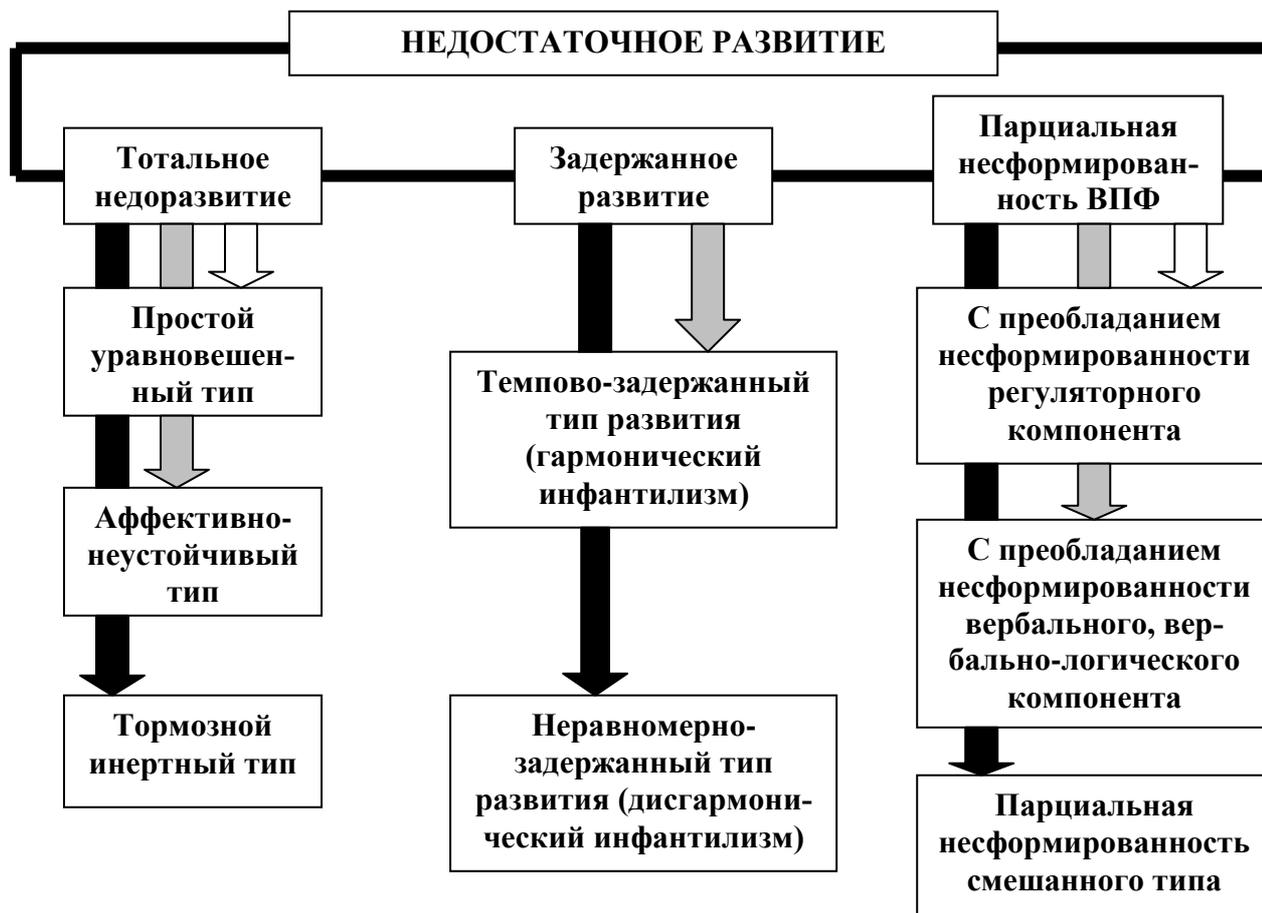


Рис. 3а. Типология отклоняющегося развития



Рис. 3б. Типология отклоняющегося развития

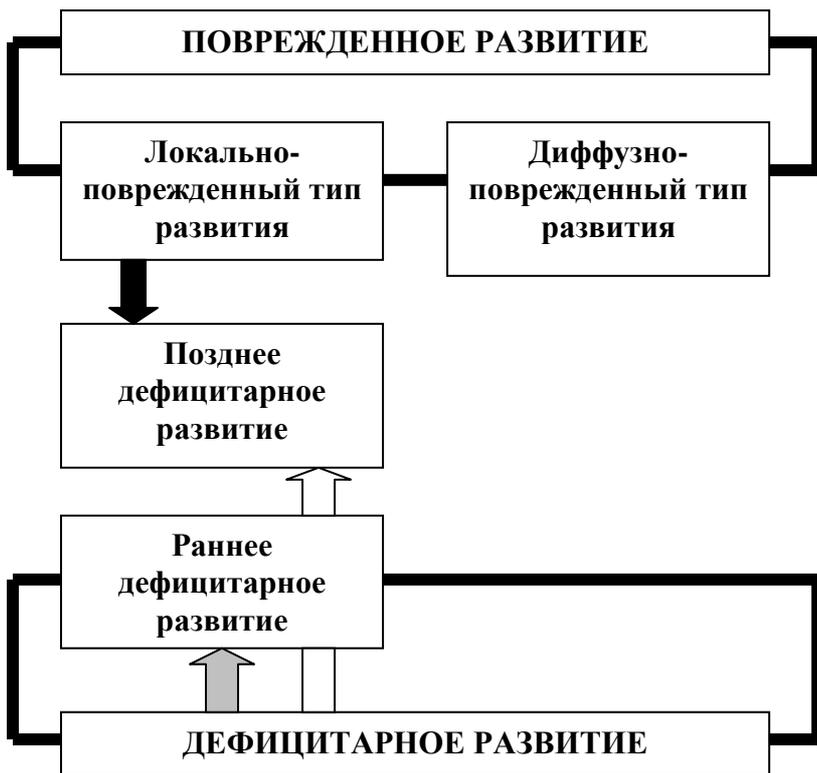


Рис. 3в. Типология отклоняющегося развития

Уровень причин возникновения тех или иных проявлений и, следовательно, того или иного варианта дизонтогенеза в силу особенностей построения данного пособия не описан подробно, но косвенно представлен в рекомендациях (а именно: необходимость привлечения врачей, обеспечения медикаментозной поддержки, изменения социальных условий и т.п.). Естественно, подобные описания не могут претендовать на абсолютную полноту изложения, как феноменологических характеристик, так и коррекционных мер для детей младшего дошкольного и подросткового возраста, поскольку ориентированы на «средний» возраст 5-11 лет, так как именно по поводу детей в этом возрасте наиболее часто обращаются за помощью к психологу.

Точно так же в приводимом описании вариантов развития мы ориентировались на те типы психического дизонтогенеза, которые наиболее часто представлены в практике консультационно-диагностической и коррекционной деятельности психолога образования. Так, при описании искаженного развития преимущественно эмоционально-аффективной сферы мы приводим особенности лишь наиболее «мягких» его вариантов, оставляя «за скобками» наиболее тяжелые формы: 1-ю и 2-ю группы РДА - по О.С. Никольской [35]. Однако принципиальным является то, что представляемая типология отражает наиболее типичные, характерные особенности различных вариантов отклоняющегося развития и его структуру.

## **2.2. Группа недостаточного развития**

К этой классификационной группе относятся варианты психического дизонтогенеза, для которых специфичным является недостаточность по отношению к средненормативному развитию всех (тотальное, задержанное) или отдельных (парциальное) психических функций и их базовых составляющих. При этом преимущественно (по сравнению с базовой аффективной регуляцией как предпосылками развития аффективно-эмоциональной сферы) оказываются недостаточно сформированными такие предпосылки психического развития, как произвольная регуляция психической активности и пространственные, пространственно-временные представления (вероятнее всего за счет смещения в сторону более позднего развития или нарушения последовательности сроков, в первую очередь, двигательного развития как одной из основ формирования когнитивной сферы ребенка). При этом, очевидно, что на феноменологическом уровне наблюдаются в первую очередь проблемы когнитивного характера, осложняющиеся, безусловно, спецификой формирования регуляторной и аффективной сфер, то есть поведения ребенка в целом. Причины, вызывающие такого рода варианты отклоняющегося развития, различны: от выраженных органических поражений ЦНС, в том числе и генетически обусловленных, до неярко выраженной специфики функциональной организации мозговых систем. Так же различны и степень выраженности когнитивных и поведенческих проблем ребенка, прогноз его дальнейшего развития, виды специальной психологической помощи.

В рамках группы недостаточного развития можно выделить три основные подгруппы, различающиеся как по характеру, так и по выраженности недостаточности психического развития в целом. Исходя из представленной нами модели развития ребенка каждая подгруппа будет обладать различным «профилем» базовых предпосылок (составляющих), что в целом дает возможность определять вероятный прогноз дальнейшего развития для каждой категории детей.

В соответствии с характером недостаточности развития могут быть выделены следующие варианты:

- тотальное недоразвитие;
- задержанное развитие;
- парциальная несформированность ВФП.

Следует отметить, что, несмотря на некоторую схожесть феноменологии отдельных типов недостаточного развития, например подгруппы тотального недоразвития и одной из форм парциальной несформированности ВФП (подробнее см. раздел 2.2.3.), все они требуют совершенно различного подхода к построению коррекционной и развивающей работы, специфики сопровождения разными специалистами.

В свою очередь, каждая подгруппа в соответствии с определенными критериями, одним из которых является специфика профиля базовых составляющих психического развития, «расщепляется» на отдельные типы отклоняющегося развития. Основные феноменологические показатели и характеристики каждого варианта недостаточного развития приведены в Приложении 1.

### 2.2.1. Тотальное недоразвитие

В соответствии с представлениями Г.Е. Сухаревой, развитие при таком варианте дизонтогенеза определяется двумя основными законами: тотальностью недоразвития и его иерархичностью. Это выражается в том, что недостаточность отдельных ВПФ (гнозиса, праксиса, памяти, внимания) проявляется меньше, чем недоразвитие собственно мыслительной деятельности, высших мотивационно-волевых и эмоциональных компонентов, личностного развития в целом. То есть в любом варианте деятельности страдает наиболее сложный его уровень, связанный с обобщением, анализом и синтезом.

Несомненно, что степень выраженности тотального недоразвития будет пропорциональна массивности поражения центральной нервной системы в целом («органическая» составляющая «уровня причин»). В некоторых случаях имеется конкретный повреждающий фактор, тогда тотальное недоразвитие как бы «смыкается» с группой поврежденного развития. Более подробно на этой классификационной проблеме мы остановимся при анализе группы поврежденного развития.

В то же время следует отметить, что и другие составляющие этого уровня вносят свой специфический вклад в степень выраженности тотального недоразвития. Это совершенно очевидно при неблагоприятных социальных условиях развития, что особенно отчетливо проявляется в настоящее время в связи с ухудшением общесоциальных условий жизни детей в целом, в том числе нарастанием иммиграционных процессов, маргинализацией общества и т.п.

Практика последних лет показала, что специфика формирования функциональной организации мозговых систем (специфика индивидуального профиля функциональной асимметрии при истинном, латентном или семейном и, в особенности, патологическом левшестве) может также значительно утяжелить общую картину проявлений тотального недоразвития (тем самым значительно ухудшив возможный прогноз дальнейшего развития ребенка).

Тотальное недоразвитие может проявиться уже достаточно рано резким, по сравнению с условно нормативным развитием, запаздыванием сроков как психомоторного и психоэмоционального, так и речевого развития. В дальнейшем оно характеризуется грубым несоответствием этих параметров возрастным показателям, а также грубой социальной незрелостью. Именно тотальное недоразвитие характеризуется **крайне низкими** показателями адекватности, критичности, обучаемости, что может служить дополнительным дифференциально-диагностическим признаком. Основные показатели развития и состояния детей этой подгруппы приведены в Приложении 1.

Не дублируя в очередной раз подробное описание феноменологических проявлений, характерных для различных форм тотального недоразвития, отметим в соответствии с нашей схемой лишь наиболее типичные признаки каждого выделенного нами типа. В рамках нашего подхода к диагностической и развивающе-коррекционной работе в соответствии с предлагаемой типологией были выделены три типа тотального недоразвития:

- простой уравновешенный;
- аффективно-неустойчивый;
- тормозимо-инертный.

Для **простого уравновешенного типа** наиболее характерным является относительная уравновешенность в поведении ребенка, сочетающаяся с непосредственностью реакций, характерной для детей значительно более младшего возраста, или, наоборот, «сниженностью», приглушенностью ориентировочного реагирования. Общие характеристики темпа и работоспособности при работе с доступными заданиями (как правило, наглядно-действенного характера) могут приближаться к нормативным, но самоконтроль деятельности малодоступен, а критичность к результатам собственной деятельности выражение снижена. Ребенок, как правило, находится в «благодушном» настроении. В целом деятельность носит манипулятивный, подражательный характер, опирающийся на внешний рисунок, а не на смысловой контекст деятельности. Дети, как правило, зависимы, несамостоятельны, но и не злобны. Они достаточно ориентированы на оценку другого человека и отличаются правильным поведением. В силу некритичности их притязания на успех могут быть завышены. В целом личностный профиль уплощен.

Для этого типа тотального недоразвития характерным является то, что произвольность высших психических функций и произвольная эмоциональная регуляция поведения выражение незрелы при относительно сформированной произвольной регуляции на двигательном уровне (в первую очередь —

общей моторики). При этом более дифференцированная регуляция мелкой моторики будет затруднена. Пространственные представления, как правило, не сформированы уже на уровне анализа «от тела» (структурно-топологическое пространство). В речи присутствуют лишь наиболее простые предлоги и ярко выражены затруднения в понимании даже относительно несложных пространственных, пространственно-временных и (как следствие) причинно-следственных отношений, что говорит о выраженной недостаточности развития третьего и четвертого уровней (вербального и лингвистического) формирования пространственных представлений.

Анализ базовых аффективных регуляций показывает относительную пропорциональность в развитии всех уровней базальной системы эмоциональной регуляции на фоне общей эмоциональной уплощенности. В грубых случаях наблюдаются гиперфункция 2-го уровня и общая диспропорциональность всей системы базовых аффективных регуляций.

При проведении развивающей и коррекционной работы следует учитывать как вышеописанные феноменологические особенности, так и особенности структуры формирования базовых предпосылок психической деятельности для этого типа тотального недоразвития. В связи с этим строятся и развивающе-коррекционные программы. Несмотря на то, что детям данной категории показаны практически все виды развивающей работы, необходимо отдельно выделить приоритетные. К ним могут быть отнесены программы по развитию межанализаторных взаимодействий (зрительно-, слухо-моторные координации), произвольных форм регуляции высших психических функций и поведения, в том числе функций программирования и контроля, а также программы по формированию пространственных представлений, начиная с уровня, предшествующего несформированному уровню пространственных представлений (как правило, начиная с подуровня 1-го уровня — «от тела»).

Обязательным является подключение педагога-дефектолога, в том числе логопеда с общепринятыми программами развития. В качестве программы развития эмоциональных характеристик необходимо выделить в первую очередь тоническую стимуляцию за счет организации ритма аффективной жизни через формирование второго уровня аффективной регуляции, гармонизацию третьего и четвертого уровней. Также необходимым является наблюдение врача невролога и детского психиатра с целью определения возможной медикаментозной поддержки и стимуляции развития. Для этой категории детей, несомненно, главенствующую роль играет учитель-дефектолог, как ведущий специалист, в первую очередь определяющий развитие такого ребенка.

При данном типе тотального недоразвития следует ожидать достаточно медленную динамику развития. При соответствующих программах развития и обучения наблюдается удовлетворительная социальная адаптация (в случае легкой степени). При неблагоприятных условиях в подростковом периоде возможна девиация состояния в сторону аффективно-неустойчивого или тормозимо-инертного типов, что может значительно осложнить социальную адаптацию, в целом увеличивает риск формирования асоциальных форм поведения.

Основным диагнозом, который ставят врачи этим детям, является «Умственная отсталость (различающаяся по степени глубины): олигофрения в степени дебильности, имбецильности, идиотии» - /317-319/ (МКБ-9), «умственная отсталость» (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая) - (F70-F79) (МКБ-10).

**Аффективно-неустойчивый тип** тотального недоразвития характеризуется, в первую очередь выраженной импульсивностью (нарушениями целенаправленности) поведения и деятельности в целом, трудностями организации поведения, немотивированными перепадами настроения от эйфории к дисфории и наоборот. Дети быстро пресыщаются. На фоне пресыщения чаще всего и возникают аффективные вспышки агрессивности. Характер игры мало чем отличается от предыдущего типа, но в общении со сверстниками может быть деструктивен, агрессивен и вспыльчив. У детей наблюдается расторможенность влечений, что проявляется в подростковом возрасте особенно ярко в виде расторможенности сексуальных и других витальных влечений. Феноменология проявлений нарушений познавательной деятельности более выражена по сравнению с предыдущим типом вследствие грубой импульсивности и нецеленаправленности.

В целом при одинаковом с детьми предыдущего типа уровне актуального развития (или степени выраженности дефекта) эти дети демонстрируют более низкие результаты. Среди детей с данным типом недоразвития значительно чаще встречаются дети с органическими заболеваниями и ранними повреж-

дениями ЦНС, а также со знаками атипичного развития. Оба фактора негативно сказываются на состоянии ребенка.

Среди базовых составляющих психического развития следует в первую очередь отметить грубейшую несформированность произвольной регуляции психической активности (начиная с несформированности самых элементарных уровней произвольной регуляции силы мышечного тонуса), что, в свою очередь, определяет специфику формирования пространственных представлений и приводит к специфическим диспропорциям уровневой организации эмоциональной регуляции. Следует отметить, что при одинаковой глубине органического поражения ЦНС сформированность пространственных представлений у детей этой категории в целом ниже, чем у детей с простым уравновешенным типом недоразвития. Пространственные представления начинают «страдать» уже на уровне схемы тела и ощущений, идущих «изнутри» тела.

Специфика базовых аффективных регуляций может характеризоваться в первую очередь гипофункцией 2-го, а иногда и 3-го уровня, что вызывает сдвиг пропорций развития 1-го и 4-го уровней системы.

Для данной категории детей в первую очередь целесообразно любую коррекционную работу проводить на фоне или непосредственно после курсов как специфической, так и неспецифической медикаментозной терапии. Следовательно, при определении последовательности включения в работу с детьми специалистов разного профиля приоритет отдается детскому психиатру и неврологу. Дальнейшая работа должна быть направлена в первую очередь на формирование произвольной регуляции деятельности и функции программирования и контроля, поскольку без этой «базы» деятельность олигофренопедагога и логопеда может быть малоэффективной.

Так же необходима массивная психотерапевтическая работа с семьей такого ребенка. Это обусловлено общей дезадаптацией не только самого ребенка, но и семьи в целом, значительными нарушениями социальных контактов, связанных в первую очередь со спецификой поведения детей, а также чрезвычайно низкой положительной динамикой развития и обучения, что не может не вызывать огромную тревогу родителей.

Помимо низкой динамики развития, которая чрезвычайно сильно коррелирует с успешностью медикаментозной терапии, можно говорить о неблагоприятном прогнозе и большой вероятности признания ребенка инвалидом. Основным диагнозом является «атипичная («лобная» по М.С. Певзнер) форма олигофрении», «умственная отсталость (соответственной степени выраженности) со значительными поведенческими нарушениями, требующими внимания или лечебных мер» — (F7x.1—F7x.8), «гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями» — (F84.4) (МКБ-10). В качестве ведущего для этой категории детей необходимо признать в первую очередь психиатра.

Спецификой детей с *тормозимо-инертным типом* тотального недоразвития является вялость, заторможенность, низкий уровень психической активности (в редких случаях уровень психической активности бывает достаточным). Достаточно часто при этом типе дизонтогенеза отмечается органическое поражение ЦНС (в частности, эпилепсия или различные формы эпилептического синдрома).

Общий фон настроения может быть сниженным, дети часто плаксивы. Ребенок с трудом вступает в контакты, инертен в своих предпочтениях и интересах, мало пресыщаем, склонен к монотонной однообразной деятельности и может испытывать даже дискомфорт при ее прерывании. В эмоциональных реакциях ребенок инертен. Сами реакции значительно уплощены. От контактов с детьми часто уклоняется, эти контакты можно назвать «формальными». Склонен находиться рядом со взрослым или ребенком, к которому привык и от которого зависим.

Для этого типа развития наиболее специфичными являются низкий темп деятельности, ее выраженная инертность, а также склонность к реакциям тормозимого типа: замыкание в себе, прекращение какой-либо деятельности. Ребенок одновременно легко отвлекаем и тормозим. В целом развитие познавательной деятельности у таких детей наряду с общими характеристиками, свойственными подгруппе в целом, отягощается инертностью и тугоподвижностью психических процессов. Общий уровень развития моторики (крупной и мелкой), как правило, ниже, чем в предыдущих случаях.

Можно предположить, что низкий уровень психического тонуса определяется недостаточной тонизацией, в том числе и за счет гипофункций 1-го, 2-го и 3-го уровней базальной аффективной регуля-

ции, недостаточность «смысловой» организации этих уровней 4-ым уровнем. При этом создаются условия для формирования в достаточной степени соответствующих уровней как произвольной регуляции, так и пространственных представлений. Причем, если произвольная регуляция двигательной активности может быть развита несколько лучше, чем у описанных ранее типов тотального недоразвития, то высшие формы регуляции, начиная с уровня произвольной регуляции высших психических функций и функций программирования и контроля, страдают в большей степени. Пространственные представления начинают «западать» чаще всего на 2-ом-3-ем уровнях — целостное (структурно-топологическое) и вербальное пространство.

Наиболее характерными нарушениями, свидетельствующими о несформированности целостного представления картины мира, для детей этого типа развития являются трудности определения пространственных отношений между объектами и «оречевление» этих взаимоотношений: неправильное употребление предлогов в речи, невозможность вербализации отдельных пространственно-временных и причинно-следственных взаимоотношений.

Важной особенностью формирования развивающих и коррекционных программ (при отсутствии неврологических противопоказаний) является включение в них разнообразной сенсорной стимуляции, в том числе и полимодальной. Использование сенсорной стимуляции позволяет обеспечить необходимую тонизацию для повышения уровня общей психической активности ребенка. Эта работа должна быть проведена на первом этапе деятельности специалистов. В дальнейшем для детей этого типа развития показаны все возможные варианты развивающе-коррекционной работы: программы по формированию произвольной регуляции деятельности, функции программирования и контроля, различные формы двигательных и когнитивных занятий, в том числе формирование пространственных представлений, основанных на принципе замещающего развития (см. раздел 4.2.2.). Общепринятые методы дефектологии и программы специального коррекционно-го образования, несомненно, должны иметь приоритетное значение.

Поскольку эти дети достаточно удобны в качестве учеников и, как правило, не привлекают к себе большого внимания на фоне детей других категорий тотального недоразвития, работа с ними проводится обычно в последнюю очередь, что, безусловно, негативно сказывается на динамике их развития. При наличии органического заболевания ЦНС (в частности, эпилепсии или вариантов эпилептического синдрома) прогноз дальнейшего развития ребенка в большей степени зависит от адекватности и эффективности медикаментозного лечения.

Основными диагнозами могут быть: «умственная отсталость с минимальными поведенческими нарушениями или отсутствием их» — (F7х.О) (МКБ-10), другие заболевания и ранние поражения ЦНС, сопряженные с умственной отсталостью, в том числе и наследственной природы.

### **2.2.2. Задержанное психическое развитие**

Очень кратко остановимся на истории проблемы, связанной с понятием «задержка психического развития» и с разделением этой аморфной группы на принципиально различные типы развития. Ее корни уходят в 50-е годы — в работы Г.Е. Сухаревой и других отечественных психологов и психиатров. В своем классическом варианте термин «задержка психического развития» был озвучен и предложен классиками отечественной дефектологии Т. А. Власовой и М.С. Певзнер в 60-70 годы. В этих работах термин совершенно справедливо звучал как «временная задержка психического развития». Тем самым декларировался тот факт, что через какой-то определенный срок эта задержка компенсируется, ребенок догонит своих сверстников и его развитие войдет в нормативное «русло». Введение этого подхода определило на долгие годы магистральный путь диагностики и коррекции огромного «пласта» детской популяции. Задержка психического развития понималась как *замедление темпа психического развития*.

В дальнейшем этот подход получил свое развитие в также ставших классическими работах В.И. Лубовского, К.С. и В.В. Лебединских, У. В. Ульенковой и др. В Институте дефектологии (в настоящее время — Институт коррекционной педагогики РАО) были организованы отдельные подразделения, посвященные психологическому изучению и обучению этой категории детей. Содержательные характеристики понятия получили углубление и уточнение. В работах Г.Е. Сухаревой, Т.А. Власовой и М.С. Певзнер [7] систематизированы основные варианты задержки психического развития.

В основу работ Клары Самойловны и Виктора Васильевича Лебединских [1, 19] положен этиологический принцип, позволяющий различить четыре варианта такого развития:

- 1) задержка психического развития (ЗПР) конституционального происхождения;
- 2) ЗПР соматогенного происхождения;
- 3) ЗПР психогенного происхождения;
- 4) ЗПР церебрально-органического генеза.

В таком виде общая систематика ЗПР существует и до сих пор. Однако к настоящему времени разработаны и более детальные подходы к дифференциации вариантов задержанного развития, особенно тех случаев, которые относят к «ЗПР церебрально-органического генеза» и которые сами по себе составляют наиболее сложную в дифференциально-диагностическом плане группу.

Резюмируя, можно отметить, что при различных вариантах классификаций ЗПР общим радикалом является априорное понимание термина «задержка» как явления временного: предполагается, что со временем темп развития ребенка претерпит позитивные изменения (с помощью коррекционной работы или без таковой), ребенок догонит по своему развитию сверстников. В то же время практика работы с детьми, чье состояние характеризуется как ЗПР, показывает, что все не так просто. «Подушка для ленивой головы», — так, со слов современников Г.Е. Сухаревой, звучало ее высказывание по поводу этого «ярлыка».

Действительно, уже при проведении диагностической и тем более развивающе-коррекционной работы возникают большие сомнения в возможности обозначить единым понятием принципиально разнородные группы детей. Так, при работе с частью детей традиционные подходы достаточно эффективны и помогают ребенку преодолеть отставание в развитии. С другой же частью (и таких детей гораздо больше) эти методы оказываются недостаточно эффективными, не могут в полной степени способствовать компенсации имеющихся нарушений. Многие современные специалисты-практики отмечают, что развивающая и коррекционная работа, проводимая с такими детьми, не только не способствует компенсации проблем, но в некоторых, наиболее сложных случаях с течением времени ухудшает состояние ребенка. Более того, оценка состояния части детей как «задержка психического развития» вообще не отражает действительного положения вещей. Причины такого явления следует искать в недостаточно четком (упрощенном) понимании психологической структуры развития этой категории детей.

С нашей точки зрения, все варианты описанных различными авторами форм задержки психического развития вслед за Д.Н. Исаевым [11] и В. В. Ковалевым [13] относятся к группе «недостаточного развития» (недоразвития). Психологическая характеристика этой группы наиболее четко представлена в работе В. В. Лебединского [19]. В то же время мы считаем возможным предложить свою, уточненную психологическую типологию, отвечающую специфике развития детской популяции на современном этапе.

Так, в группе «недостаточного развития», помимо «тотального недоразвития», мы предлагаем выделять подгруппы «задержанное развитие» и «парциальная несформированность высших психических функций». Таким образом, категория детей, традиционно относимых к группе «задержки психического развития», разделяется на две принципиально различные подгруппы.

К подгруппе «задержанное развитие» относятся варианты истинно задержанного развития, которые характеризуются именно замедлением темпа формирования различных характеристик когнитивной и эмоционально-личностной сфер, включая и регуляторные механизмы деятельности. К этой подгруппе мы относим такие типы отклоняющегося развития, как «*темпово задержанный тип развития*» (гармонический инфантилизм) и «*неравномерно задержанный тип развития*» (дисгармонический инфантилизм).

В понимании особенностей развития этих категорий детей мы согласуемся с представлением классиков отечественной психологии и дефектологии о «задержке психического развития», а именно в том, что постепенно темп развития ребенка увеличится (самостоятельно или с помощью коррекционных мероприятий) и к рубежу 9-ти — 11-ти лет по своему развитию ребенок реально догонит сверстников и его состояние можно характеризовать как «условно нормативное».

Типичный ребенок с *темпово задержанным типом развития (гармоническим инфантилизмом)* выглядит младше своего паспортного возраста, он живой, непосредственный, «...инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и мо-

торики». «Эмоциональная (*и когнитивная* — прим. авт.) сфера этих детей как бы находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста: с яркостью и живостью эмоций, преобладанием эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности» (Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. — М.: МГУ, 1985. С. 55). В школьном возрасте они неутомимы в игре и в то же время имеют низкую работоспособность, быстро пресыщаются интеллектуальной нагрузкой, незрелость регуляторных функций и мотивационно-волевой сферы затрудняет и их социальную адаптацию, в силу чего они не в состоянии следовать установленным правилам поведения. Показатели интеллектуального развития, как правило, соответствуют уровню актуального психофизического возраста, в котором находится ребенок.

Рассмотрим специфику базовых составляющих психического развития. Практика диагностической работы показывает, что формирование базовых составляющих психического развития у детей с гармоническим инфантилизмом соответствует ходу нормального онтогенеза, т.е. не меняет своих пропорций, но как бы происходит медленнее. При этом сами уровни развития базовых составляющих гармонично соотносятся друг с другом, определяя, по-видимому, гармоничный характер задержанного развития как регуляторных функций, так и эмоциональной и когнитивной сфер, и в целом соответствуют общей программе психического развития ребенка. Именно этот аспект и является смыслообразующим в предлагаемой нами типологии.

Понятно, что при таком понимании развития не приходится говорить о коррекционной работе в прямом смысле этого слова, но следует иметь в виду, что это должна быть развивающая работа, специфичная для того возраста, который демонстрирует ребенок. Безусловно, необходимо формирование и функций программирования, контроля и регуляции собственной деятельности в основном через игровой компонент с учетом ведущего типа мотивации. При необходимости возможно «параллельное» подключение логопеда (как правило, для коррекции звукопроизношения). Наблюдение врача-педиатра нужно постольку, поскольку ребенок нуждается в общеукрепляющей поддержке, витаминотерапии и т.п. Левшество встречается при этом варианте развития не чаще, чем в среднем по популяции, и обычно бывает истинным, то есть не осложняет еще более ход развития ребенка. Признаки неврологического или соматического неблагополучия либо отсутствуют, либо хорошо компенсируются уже на первом году жизни, что, по-видимому, можно объяснить достаточными компенсаторными и адаптационными возможностями, заложенными «от природы».

Прогноз развития следует оценивать как хороший, особенно в том случае, когда ребенок начинает регулярное обучение не в соответствии с паспортным возрастом, а по факту готовности (созревания в необходимом для начала обучения объеме собственно регуляторных функций, эмоционально-личностной и когнитивной сфер). Как правило, это происходит к 7,5-8,5 годам.

Если же особенности развития ребенка не учитываются и он начинает обучение в школе «по возрасту» или родители, наоборот, считают, что школа как раз и «вправит ему мозги», фактическая невозможность не только нормального усвоения материала, но эмоциональная и поведенческая неадекватность условиям обучения могут способствовать формированию дисгармонических черт личности, нарушению поведения и школьной дезадаптации в целом.

Специалистами смежных профилей обычно ставится диагноз «инфантилизм», «конституциональная задержка психического развития», а диагнозы логопеда — «функциональная дислалия», «неярко выраженное (н.в.) общее недоразвитие речи».

В отличие от гармонического инфантилизма, *неравномерно задержанный тип, развития (дисгармонический инфантилизм)* характеризуется, в первую очередь, большим уровнем зрелости (сформированности) когнитивного звена ВПФ по сравнению с уровнем развития произвольной регуляции собственной деятельности, мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер. Внешний вид и поведение ребенка также несут на себе отпечатки, характерные для более младшего возраста, но при этом часто отмечаются хронические соматические заболевания, нарушения зрения (различной степени выраженности) или просто соматическая ослабленность. Знаки атипичного развития (леворукость, неустоявшаяся латерализация и т.п.) встречаются среди данной категории детей чаще, чем в среднем по популяции, то есть являются специфичными, что, в свою очередь, осложняет ход развития в целом.

Наличие соматических проблем еще больше снижает работоспособность ребенка, делает его эмоционально лабильным, часто с элементами демонстративности. Дети могут быть капризны, упрямые. Это вполне объяснимо, так как присутствует интеллектуальная состоятельность, но ребенок «не готов» к предъявляемым к нему в соответствии с этим требованиям. Ребенок может быть вполне адекватным, но недостаточно критичным к результатам своей деятельности, самооценка может быть и завышенной, и, наоборот, заниженной. В общении со сверстниками он часто не находит общего языка, слишком эмоционален, редко может «удержать» роль. Компенсаторно эмоциональные реакции могут быть как по интрапунитивному, так и по экстрапунитивному типу (см. далее), часто возможен смешанный тип реагирования. В целом показатели критичности и адекватности соответствуют актуальному психофизиологическому возрасту, а обучаемость новым видам деятельности может быть даже высокой, то есть соответствовать фактическому возрасту.

Определенная диспропорция наблюдается и в формировании базовых составляющих психического развития. Но формирование их происходит с той существенной разницей, что при данном типе развития скорее можно говорить об опережении формирования пространственных представлений и их соответствии возрасту (следствием является соответствующий уровень развития познавательной сферы). Возрастное условно нормативное развитие пространственных представлений сочетается с задержанным в своей динамике развитием других базовых составляющих (произвольность психической активности и базальная система аффективной регуляции). Причем при анализе уровневой системы аффективной регуляции можно сделать вывод о недостаточном (по сравнению с условным возрастным нормативом) регулирующем влиянии 4-го уровня (уровень аффективного контроля) на все остальные нижележащие уровни. При этом уровень аффективной экспансии (3-й уровень) может находиться как в гипо- так и в гиперфункции (см. Приложение 4). Это является специфичным для группы темпово-задержанного типа развития. В то же время общим и принципиально важным для обоих типов задержанного развития является то, что в обоих случаях формирование всех базовых предпосылок (составляющих) последовательно проходит (не пропуская и не перескакивая) все уровни своего развития (структура базовых предпосылок или составляющих подробно описана в разделе 1.3).

В системе развивающей и коррекционной работы с этой категорией детей приоритетны программы по гармонизации уровневой системы аффективной регуляции (по О. С. Никольской). Помимо чисто психотерапевтической помощи эффективна программа по формированию произвольной регуляции (в своем развивающем варианте), а также моторная коррекция, основанная на нейропсихологическом подходе. В ряде случаев показана родительско-детская психотерапия (индивидуальная и/или групповая). В случае соматических заболеваний безусловно необходимо наблюдение у профильного врача.

При анализе прогноза детей с неравномерно задержанным типом развития очевидна его неоднозначность: в отношении формирования так называемого когнитивного звена ВПФ он вполне благополучен, а с точки зрения мотивационно-волевого, эмоционального или личностного развития в целом велика вероятность формирования вариантов дисгармонического развития личности (девиации); при наличии более или менее выраженных соматических проблем — варианта интрапунитивного дисгармонического развития ребенка по психосоматическому типу (см. далее).

Среди диагнозов других специалистов: «ММД», «ЗПР соматогенного или конституционального генеза», «аффективная неустойчивость», «дети группы риска по нарушению формирования школьных навыков» - иногда присутствует и логопедический диагноз: «функциональная дислалия».

### **2.2.3. Парциальная несформированность высших психических функций**

Другая подгруппа «недостаточного развития», получившая название *«парциальная несформированность высших психических функций»*, имеет ряд принципиальных отличий по сравнению с подгруппой, описанной в предыдущем разделе.

С самого начала следует признать, что многие психологи и психиатры широко используют термин «парциальность» для характеристики неравномерности развития тех или иных сторон психической деятельности. Наиболее обстоятельно эти вопросы изложены в работе Д.Н. Исаева [11].

В своей трактовке этого понятия мы вслед за многими исследователями подчеркиваем мозаичность, «парциальность» незрелости отдельных сторон психического развития ребенка. Наиболее принципиальное, основное отличие детей данной подгруппы от детей с различными типами *задержанного*

*развития* заключается в том, что в данном случае ни в коей мере нельзя говорить лишь о задержке развития. Многолетняя практика показывает, что развитие детей этой категории идет **принципиально иным** путем, чем развитие детей с истинной задержкой психического развития. Расходясь еще в раннем возрасте, пути развития этих двух групп детей продолжают расходиться на протяжении всего дошкольного детства, а если не принимать серьезных специфических мер помощи, это расхождение продолжится и в младшем школьном возрасте. Эти дети «не догоняют» своих сверстников ни к 9-11 годам, ни даже позднее. В дальнейшем признаки несформированности когнитивного звена ВПФ «маскируются» особенностями эмоционально-личностного развития, которые и квалифицируются позже как иные варианты дизонтогенеза (например, различные виды дисгармоний или, в наиболее тяжелых случаях — как тотальное недоразвитие).

Направление развития этой группы детей характеризуется не только количественно отличными от истинной задержки показателями, что отмечается некоторыми исследователями, работающими исключительно в области феноменологической оценки, но и качественно иной структурой особенностей составляющих психической деятельности ребенка. Развитие этой категории детей проходит в большинстве случаев, не сходясь и не пересекаясь с «генеральной линией развития».

Качественные отличия в первую очередь касаются сформированности базовых составляющих (предпосылок) психической деятельности. Иногда даже в ситуации массивного коррекционного воздействия с привлечением самых разнообразных специалистов, медикаментозной поддержки можно говорить, как правило, всего лишь о некоторой компенсации в развитии высших психических функций, «приближении» развития ребенка к «социально-психологическому нормативу». Поэтому, с нашей точки зрения, этот вариант отклоняющегося развития **не может быть отнесен к «задержанному развитию»**, поскольку не отвечает основным критериям понятия «временная темповая задержка психического развития».

Одним из основных важных диагностических выводов при таком подходе является необходимость с помощью опроса родителей (сбор психологического анамнеза), наблюдения за ребенком и соответствующих диагностических процедур определить, на каком возрастном этапе вероятнее всего произошел «сбой» программы развития. Это является одной из отправных точек, определяющих построение адекватных коррекционных программ в соответствии с принципом замещающего развития (замещающего онтогенеза — по А.В. Семенович).

В свою очередь, подгруппа «парциальная несформированность ВПФ» может быть разделена на следующие типы:

- с преимущественной несформированностью регуляторного компонента;
- с преимущественной несформированностью вербального и вербально-логического компонента;
- с несформированностью смешанного типа.

Как с диагностических, так и с коррекционных позиций подобное «разведение» отражает специфику проблем детей и определяет приоритетное направление того или иного вида психологической коррекционной работы и участия других специалистов в помощи ребенку.

**Парциальная несформированность ВПФ преимущественно регуляторного компонента** характеризуется в первую очередь импульсивностью в поведении, чаще двигательной и речевой расторможенностью, чем вялостью. При этом физические параметры развития в целом соответствуют возрасту. Помимо импульсивности в любом варианте деятельности, включая и игру, следует отметить, что порой поведение ребенка становится неуправляемым, не регулируемым взрослым. Преобладают выраженные игровые интересы, хотя и в играх такие дети чаще всего конфликтны и недостаточно критичны.

Отличительной чертой развития познавательной сферы является несформированность именно произвольности ВПФ: не столько элементарных (восприятие, память, внимание), сколько «высших» (программирование и контроль), то есть собственно регуляторных процессов. При достаточной внешней организации деятельности и ее жестком контроле дети способны к выполнению познавательных задач, соответствующих возрасту. В случаях же «вялости» психических проявлений отмечается общая потеря интереса и необходимость создания яркой игровой мотивации для достижения положительных результатов деятельности. Эти особенности должны учитываться не только в развивающей или коррекционной работе, но и при проведении диагностического исследования.

Как и для некоторых других выделяемых типов отклоняющегося развития, наличие знаков атипичного развития (специфичности формирования как корково-подкорковых процессов, так и индивидуального профиля функциональной асимметрии) является отягощающим фактором, часто определяющим не только прогноз дальнейшего развития ребенка, но и последовательность включения и специфику различных коррекционных мероприятий.

Общая структура (профиль) и пропорции несформированности отдельных базовых составляющих неравномерны, среди последних следует отметить в первую очередь несформированность произвольной регуляции психической активности, начиная с трудностей удержания двигательной программы (жестко заданной последовательности двигательных актов), а часто и с произвольной регуляции силы мышечного тонуса (см. раздел 1.3.1).

Формирование пространственных представлений страдает преимущественно на уровне вербальных представлений, что влечет за собой в том числе и трудности понимания отдельных пространственных, пространственно-временных и квазипространственных речевых конструкций.

Что касается уровневой аффективной организации как одной из базовых составляющих, при данном типе дизонтогенеза наблюдается, как правило, искажение пропорций базальной системы за счет 3-го уровня аффективной организации (чаще по типу гиперфункции уровня, реже наблюдается гипофункция). Следует подчеркнуть, что эта диспропорция **значительно** менее выражена, чем в случае тотального недоразвития.

Развивающая и коррекционная работа с этой категорией детей в первую очередь должна быть направлена на формирование произвольной регуляции деятельности и функции программирования и контроля. Причем, работа должна проводиться с привлечением вначале двигательных, а позднее (если позволяет время) или параллельно (в зависимости от возраста ребенка) когнитивных методов, основанных на нейропсихологическом подходе. «Программирующей» в некоторых случаях может оказаться и сама среда (в том случае, если она специально структурируется), которая и создает возможность для постоянного внешнего контроля.

Предполагается, что ребенку необходимо наблюдение невролога, а в резко выраженных случаях — и детского психиатра, отслеживание динамики развития нейропсихологом (с обязательным предварительным анализом особенностей корково-подкорковых взаимодействий, характера латерализации). Логопедическую коррекционную работу на начальных этапах помощи ребенку можно считать нецелесообразной как в силу крайне низкой ее результативности вследствие выраженной регуляторной незрелости, так и вследствие специфических особенностей функциональной организации мозговой деятельности. Именно последним фактором объясняется также и необходимость чрезвычайно осторожного подхода к назначению лекарственных препаратов.

Прогноз развития тем благоприятнее, чем раньше начата специфическая коррекционная работа под наблюдением врача. В запущенных случаях или когда работа начинается после 8-9 лет, возможна девиация развития в сторону группы асинхронного развития (дисгармоничное развитие экстрапунитивного типа). В этих случаях большое значение имеет представленность и выраженность таких отягощающих развитие ребенка факторов, как атипичность развития, неблагоприятная социально-педагогическая ситуация развития и неадекватная коррекционная работа (например, только массивная психотерапия без медикаментозной поддержки и т.п.).

Основными диагнозами являются: «органический инфантилизм», «синдром гиперактивности и дефицита внимания», «минимальная мозговая дисфункция», «гиперкинетические расстройства» — (F90) (МКБ-10). Могут также наблюдаться такие специфические формы речевых нарушений, как повышение темпа речи — «тахилалия» (по МКБ-10 «речь захлеб» — F98.6).

Ведущим специалистом для данного типа отклоняющегося развития следует считать психолога со знанием нейропсихологии или с нейропсихологической специализацией. При выраженных неврологических нарушениях ведущим специалистом может быть врач-невролог или психиатр.

Категория детей с парциальной несформированностью ВПФ преимущественно *вербального и вербально-логического компонента* является **наиболее представленной в работе психолога образования. Как правило, причиной обращения служат не трудности организации поведения ребенка в дошкольных или школьных образовательных учреждениях или дома, а трудности овладения соответствующим программным материалом.** Чаще всего эти дети уже в дошкольном возрасте обра-

щают на себя внимание так называемой «задержкой речевого развития» и с большой долей вероятности попадают под наблюдение логопеда или направляются в специализированные логопедические сады (группы). Однако у определенной части детей речевое недоразвитие остается некомпенсированным.

Дети, как правило, имеют невысокую речевую активность, сопровождающуюся и спецификой развития, в первую очередь, крупной моторики. Они неловки и неуклюжи. Темп деятельности часто бывает невысоким, а на фоне утомления целенаправленность деятельности снижается. Среди особенностей развития когнитивной сферы следует отметить значительно более успешное выполнение заданий невербального характера (порой превышающее средневозрастные показатели) по сравнению с заданиями вербального и вербально-логического плана. Затруднено понимание сложных речевых конструкций, все виды словообразования, активный словарь невелик, затруднен поиск обобщающих слов. В речи часто встречаются смысловые замены (вербальные парафазии), затруднено понимание сложных пространственных, пространственно-временных, причинно-следственных лингвистических конструкций. Дети могут проявлять неуверенность в себе, тревожность, по-видимому, компенсаторно обусловленные сложившимся стереотипом неуспешности. Именно у этих детей часто проявляются невротические знаки (тики, энурез, заикание и т.п.). С точки зрения специфики профиля функциональной асимметрии при этом варианте отклоняющегося развития чаще всего встречается смешанная или неустоявшаяся латерализация, то есть знаки атипичного развития.

В соматическом отношении дети этой категории также довольно неблагополучны: в анамнезе часто отмечается наличие аллергических реакций, дизбактериозы кишечника, проявления респираторного аллергоза (в частности, бронхиальной астмы), а также выраженное своеобразие последовательности развития двигательных навыков до года, обусловленное, как правило, неврологическими причинами.

С точки зрения специфики формирования базовых предпосылок (составляющих) психического развития описываемый тип характеризуется, в первую очередь выраженной несформированностью пространственных представлений. Причем, если в случае парциальной несформированности ВПФ преимущественно регуляторного компонента деятельности (предыдущий описанный тип) мы также говорили о несформированности вербального звена, то при порой кажущейся сходной картине речевых проблем у детей данной категории наблюдается несформированность даже наиболее простых уровней овладения пространством. В некоторых случаях можно говорить даже о несформированности схемы тела и лица уже в вертикальной плоскости: на уровне «выше — ниже» (см. раздел 3.3.3.), не говоря уже о трудностях анализа пространственных взаимоотношений внешних по отношению к телу объектов как в вертикальной, так и в горизонтальной плоскостях.

То есть можно говорить о том, что несформированными являются метрические и координатные представления. Понятно, что все последующие уровни пространственных представлений оказываются «в дефиците», недосформированными. Как мы уже говорили, это вероятнее всего может иметь тесную связь со смещением сроков и нарушенной последовательностью раннего моторного развития в онтогенезе вследствие нарушения нейробиологического функционирования ЦНС.

При этом уровни базальной аффективной регуляции эмоций и формирование произвольных механизмов деятельности могут отставать во времени, не совпадать с онтогенетической программой развития в целом и иметь ту или иную неярко выраженную специфику. Примером развития этих базовых составляющих могут служить описанные выше трудности регуляции собственного поведения на фоне утомления или в стрессогенной ситуации. Особенности аффективно-эмоционального развития (робость, боязливость, неуверенность в сложных ситуациях) могут свидетельствовать о невыраженной гипofункции 3-го, 4-го уровней.

Из вышеизложенного следует, что основным направлением развивающей или коррекционной работы должно стать формирование пространственных представлений в соответствии с принципом замещающего онтогенеза, то есть выстраивание пространственных представлений, начиная с самых элементарных уровней работы с телом. Безусловно, таким детям показана и моторная коррекция, основанная на нейропсихологическом подходе (и, соответственно, отслеживание динамики этой работы специалистом с нейропсихологической специализацией). И только по достижении определенной динамики развития рекомендуется подключение собственно логопедической работы (Такая последовательность проведения коррекционных мероприятий возможна лишь в случае работы с детьми младшего

дошкольного возраста, когда имеется достаточный запас времени. При работе с детьми более старшего возраста необходимо говорить о параллельном проведении психологических и логопедических коррекционных занятий). Кроме того, предполагается работа по гармонизации уровней аффективной регуляции, в основном в рамках специально выстроенной программы групповой (игровой) психотерапии.

Значительная представленность в этой группе детей со специфическими особенностями непосредственно функциональной организации мозговой деятельности (неустоявшаяся или смешанная латерализация, семейное или латентное левшество, иные знаки атипичного развития) требует чрезвычайно осторожного подхода к применению лекарственных препаратов и медикаментозной терапии в целом.

Прогноз развития детей представляется благоприятным в том случае, когда правильно построен «сценарий» работы (адекватная последовательность подключения специалистов в работу с ребенком), а сама работа начинается относительно рано, то есть создается прочная основа для овладения соответствующими образовательными программами. Очень важным фактором безусловно является общий эмоциональный фон.

При неблагоприятном стечении обстоятельств возможна девиация развития по двум направлениям:

1. Нарастание с возрастом проблем, связанных с недостаточностью операциональной стороны мыслительной деятельности, гностических функций, в особенности фонематического восприятия, мнестических функций. Утяжеляет ситуацию и недостаточное в сравнении с условно нормативными возрастными показателями формирование произвольной регуляции собственной деятельности. Все это обуславливает все большее рассогласование между условно нормативными возрастными параметрами и показателями развития высших форм логического мышления ребенка, то есть фактически определяет утяжеление состояния до парциальной несформированности смешанного типа, а в некоторых случаях возможна дальнейшая девиация состояния в сторону социально обусловленных форм тотального недоразвития — олигофреноподобного синдрома.

2. Девиация состояния в сторону группы асинхронного развития (различные варианты дисгармоничного развития), то есть нарастание поведенческих реакций вплоть до патохарактерологических реакций, которые вначале носят компенсаторный характер, а в более старшем возрасте приводят к патологическому формированию личности в целом.

Основными являются: в первую очередь — логопедический диагноз (преимущественно «общее недоразвитие речи» различной степени выраженности); медицинский диагноз — «задержка психоречевого развития на резидуально-органическом фоне». В школьном возрасте этим детям ставятся такие диагнозы, как «дисграфия и/или дислексия на фоне некомпенсированного общего недоразвития речи». Кроме того, часто неврологами диагностируется неврозоподобный синдром (его астенический или астено-невротический варианты). В соответствии с современной классификацией психических расстройств детского возраста (МКБ-10) могут быть поставлены такие диагнозы (без конкретизации) как «специфические расстройства речи» — (F80), «специфические расстройства развития учебных навыков» — (F81) [25,26].

Назначение ведущего специалиста зависит от возраста ребенка и выраженности речевых нарушений. Соответственно, ведущим специалистом может быть либо логопед, либо (на первом этапе коррекционной работы) психолог (нейропсихолог). Часто оба эти специалиста могут рассматриваться в качестве ведущих.

**Парциальная несформированность смешанного типа** часто представляет из себя промежуточный (пограничный между парциальной несформированностью ВПФ и тотальным недоразвитием) вариант развития. Это самая сложная в дифференциально-диагностическом плане категория детей. И в табличном варианте описания этого типа развития (Приложение 1), и в данном разделе мы постарались привлечь весь накопленный опыт диагностической работы и данные наблюдений более чем 20-летней собственной диагностической практики.

Для детей, относимых нами к этому типу развития, характерны достаточно низкий уровень адаптационных возможностей, общее снижение активности, ориентировочных реакций. При этом наличие знаков атипичного развития неспецифично, хотя и усугубляет проблемы ребенка, а выраженные последствия органического поражения ЦНС отрицательно сказываются как на показателях темпа деятельности, так и на характеристиках работоспособности. Часто на фоне утомления (даже неярко выражен-

ного) появляется импульсивность как в общем рисунке поведения, так и при выполнении предлагаемых заданий.

В ситуации обследования эти дети обычно адекватны в поведении, но быстро устают, теряют интерес, критичность к результатам своей деятельности может быть снижена, а процесс обучения новым видам деятельности и перенос их на аналогичный материал замедлен. В связи с этим в конце продолжительного по времени обследования они могут начать демонстрировать феномены, как две капли воды похожие на особенности детей с тотальным недоразвитием. Это накладывает особые ограничения как на продолжительность диагностического обследования таких детей, так и на непосредственно используемый методический аппарат.

Среди особенностей когнитивного развития в первую очередь следует отметить недостаточность операциональной стороны мыслительной деятельности (в том числе параметров внимания). Наблюдается также недостаточность отдельных звеньев ВПФ: гностических функций, в особенности фонематического восприятия, мнестических функций, речемыслительной деятельности. Отмечается также несформированность пространственных представлений, трудности понимания относительно сложных речевых конструкций. Все это и обуславливает несформированность даже простых форм логического мышления, что имеет своим результатом трудности работы с невербальным материалом, в том числе на наглядно-действенном уровне. Причем следует отметить, что состояние детей (уровень психической активности в целом) может колебаться в зависимости от метеорологических изменений, фаз луны и т.п., что может не только ухудшать результативность выполнения заданий, но порой и способствовать ее улучшению. Такие колебания состояния свидетельствуют о неустойчивости нейродинамических характеристик.

В школьном возрасте дети привыкают к неудачам и у них начинают формироваться компенсаторные личностные и поведенческие реакции в виде заниженной самооценки, тревожности, протестных форм поведения.

Если рассматривать особенности произвольной психической активности как одну из базовых составляющих психической деятельности в целом, то можно сказать, что для этого типа характерным является то, что произвольность высших психических функций и произвольная эмоциональная регуляция поведения не столько выражение незрелости, сколько нестойкости при относительно сформированной произвольной регуляции на двигательном уровне.

К этому типу развития относятся и такие смешанные варианты, при которых в равной степени отмечается как несформированность регуляторного характера, так и недостаточность овладения пространственными представлениями.

Пространственные представления, как уже говорилось, сформированы недостаточно (часто на уровне анализа «от тела»), или отмечаются их нестойкость, трудности актуализации имеющихся представлений. В речи присутствуют лишь наиболее простые предлоги, выражены затруднения в понимании даже относительно несложных пространственных, пространственно-временных и, как следствие, причинно-следственных отношений, что говорит о недостаточности развития 3-го и 4-го уровней (вербального и квазипространственного — лингвистического) формирования пространственных представлений. Анализ базовых аффективных регуляций показывает относительную пропорциональность в развитии всех уровней базальной системы эмоциональной регуляции на фоне общей слабости нейродинамических характеристик. В грубых случаях наблюдается как гипо-, так и гиперфункция 3-го и 4-го уровней и общая диспропорциональность всей уровневой системы эмоциональной регуляции.

Касаясь особенностей проведения коррекционных мероприятий, особое внимание следует обратить на работу по повышению общего уровня активности и продуктивной работоспособности, которая должна предшествовать началу собственно психолого-педагогической коррекции. Здесь чаще всего необходима помощь не только врача-невролога, но и педиатра, гомеопата, назначение неспецифической витаминотерапии, общеукрепляющих и режимных мероприятий, разумная дозировка нагрузок и т.п. Трудно себе представить, что без этих мер, только нагружая ребенка дополнительными коррекционными занятиями, пусть даже в игровой или двигательной форме, мы сможем помочь ему преодолеть имеющиеся трудности (особенно учитывая личностное отношение этих детей к собственной неуспешности). Из показанных видов специальной помощи (Приложение 1) ни один из них не может считаться лишним.

Такая «коррекционная нагрузка» на ребенка возможна лишь в той ситуации, когда работа всех специалистов будет согласованной. В большинстве случаев имеет смысл говорить об интегрированном варианте коррекционной работы, включающем в себя в том числе и психотерапевтические элементы, так как занятия по всем «направлениям» с разными специалистами часто оказываются непомерно «нагрузочными».

Если все замечания относительно особенностей оказания помощи этой группе детей учтены, а сама работа начата не позднее 7,5-8-летнего возраста, то можно предполагать, с одной стороны, невысокую динамику развития ребенка в целом, а с другой — прогноз дальнейшего развития можно оценивать как достаточно благоприятный. В противном случае (при позднем обращении к специалистам) вполне возможна девиация развития в сторону тотального недоразвития, часто осложненного личностной дисгармонией и нарушениями поведения. При этом, помимо нарастания проблем обучения, будет резко сужаться сфера интересов ребенка, уплощаться эмоциональные реакции.

Социальная ситуация развития может вносить как положительные, так и отрицательные «коррективы» в развитие ребенка. В случае неблагоприятных условий (неполная, малообеспеченная семья, алкоголизм родителей, низкий социальный уровень семьи и т.п.) часто приходится с сожалением констатировать, что ребенку, которого можно было «вытянуть» при раннем (в возрасте 5-7 лет) вмешательстве, приходится выносить такой диагноз, как «социально обусловленное тотальное недоразвитие».

Диагнозы других специалистов: «задержка психоречевого развития», «ЗПР церебрально-органического генеза», «специфические задержки развития» - (315.0-315.9) (МКБ-9), «неврозоподобный (астенический) синдром», «специфические расстройства учебных навыков» - (F81) (МКБ-10), «дисграфия», «дислексия» и т.п. Часто таким детям уже в дошкольном возрасте ошибочно ставится диагноз «легкая умственная отсталость» - (F70) (МКБ-10), что определяет весь жизненный путь ребенка и его семьи. В то же время в возрасте старше 9-10-ти лет, особенно при выраженной социальной «неблагополучности» развития, вполне правомерно может быть поставлен диагноз «олигофреноподобный синдром».

### 2.3. Группа асинхронного развития

Выделение этой группы отклоняющегося развития продиктовано характерным для всех описываемых вариантов диспропорций в развитии высших психических функций, то есть их асинхронией.

При нормативном развитии ребенка мы наблюдаем действие закона гетерохронии — нормативно одновременного формирования различных функций: одних опережающе по отношению к другим. Одним из основных проявлений гетерохронии является то, что в каждый возрастной период какая-либо одна из психических функций или их группа как бы «ведет» за собой развитие всех остальных. В следующий период развития иная функция или группа функций становится ведущей, тем самым определяя ход психического развития в этот период. Такое нарушение принципа развития (гетерохронии), когда наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития, искаженного развития отдельных психических функций и базовых составляющих, и есть сущность асинхронии развития [19].

Следует подчеркнуть, что выделение группы «асинхронное развитие» является некоторой традиционной условностью, поскольку, как уже отмечалось, большинство групп отклоняющегося развития можно «подвести» под категорию «асинхрония». Тем не менее мы считаем возможным для более эффективного решения диагностических и коррекционных задач выделить эту группу отклоняющегося развития в отдельную категорию.

Группа **асинхронного развития** разделяется, в свою очередь, на две принципиально отличные по своим характеристикам подгруппы:

- дисгармоничное развитие;
- искаженное развитие.

Различие этих подгрупп определяется, безусловно, феноменологической картиной психического развития ребенка, в том числе выраженностью наблюдаемых особенностей, а также спецификой формирования базовых составляющих.

В вариантах **дисгармоничного развития** в первую очередь следует говорить о специфике формирования базовой аффективной регуляции по типу уровневой дисфункции при сохранности общей структуры и иерархии всей системы уровневой аффективной регуляции. Несомненно, будет наблю-

даться и определенный сдвиг пропорций в развитии всех уровней, **не приводящий в то же время к «повреждению механизмов эмоциональной регуляции» [35].**

Наличие же искажений в формировании (в первую очередь - базовых составляющих психического развития) не только системы уровневой аффективной регуляции, но и других базовых составляющих, приводящее к искажению пропорций развития и когнитивной, и мотивационно-волевой, и аффективной сфер, позволяет выделить подгруппу так называемого - *искаженного развития*.

### 2.3.1. Дисгармоничное развитие

В свою очередь, в данной подгруппе развития можно выделить отдельные типы, характеризующиеся противоположной направленностью феноменологических проявлений, дисфункцией уровней аффективной регуляции и, соответственно, принципиально различной структурой реагирования детей в различных ситуациях, при воздействиях окружающей среды. Характер аффективного реагирования детей и положен в основу определяющих, «отличительных» понятий и обозначения выделяемых типов. Наиболее адекватной в терминологическом плане представляется собственно психологическое (экстра- и интрапунитивные эмоциональные реакции) {В данном случае имеется в виду терминология, предложенная в рамках теории фрустрации С.Розенцвейгом, для выделения направленности реакций личности на окружение, внешнее препятствие (экстрапунитивная реакция) или на себя самого, с принятием вины и собственной ответственности (интрапунитивная реакция) (см. например, [3])}, а не традиционно психиатрическое выделение.

При *экстрапунитивном типе* дисгармоничного развития в первую очередь обращает на себя внимание достаточно выраженная специфика поведения ребенка: от нарочитой независимости до выраженной демонстративности, порой демонстративной негативистичности. В более раннем возрасте (5-7 лет) можно говорить о начале формирования негативистических и протестных форм поведения, элементов демонстративности. Все эти проявления значительно усугубляются на фоне утомления ребенка.

Дети этого типа, как правило, достаточно работоспособны, но пресыщаемы однотипной деятельностью, что часто и вызывает агрессивные и про-тестные (часто демонстративные) реакции. Речевая активность в этом случае будет высокой, часто чрезмерной (но хорошо контролируемой ребенком). При этом общий уровень познавательного развития в целом достаточный. Поскольку среди этих детей чаще, чем в среднем по популяции, встречаются знаки левшества (варианты атипичного развития, атипичного профиля функциональной асимметрии), возможны специфические трудности в овладении школьными навыками (чтение, письмо, сложные счетные операции). В этих достаточно часто встречающихся случаях можно говорить о сочетании парциальной несформированности ВПФ и экстрапунитивного типа аффективного реагирования.

Регуляция собственной деятельности соответствует возрастным показателям, а особую специфику можно наблюдать в эмоционально-личностных проявлениях. У детей наблюдаются высокие притязания на успех, как правило, завышенная самооценка. Они чрезвычайно требовательны к окружающим (по типу «маленького монстра» в семье), могут сознательно демонстрировать поведенческие реакции, характерные для более младшего возраста, или, наоборот, требовать признания себя как лидера, даже не имея на то фактических оснований. Часто они бывают раздражительными, легко могут переходить от дисфории к эйфории.

В том случае, если имела место девиация из темпово задержанного развития в дисгармоничное (при неблагоприятных условиях развития — см. раздел 2.2.2., поскольку форма выражения себя и самоактуализация в этом случае идет за счет формирования именно неадекватного поведения по типу: «шута горохового», реже — «козла отпущения»), вероятно возникновение асоциальных форм поведения, как правило, группового характера.

В структуре базовых составляющих: произвольность психической активности, как правило, бывает сформирована в соответствии с возрастом, однако чем младше ребенок, тем вероятнее встречаются варианты невыраженной несформированности регуляторных функций (в том числе и на уровне произвольной регуляции двигательной активности). При преобладании демонстративных черт характера, вне зависимости от возраста, выявляется достаточная сформированность произвольного звена ВПФ.

Пространственные представления при данном типе дисгармоничного развития в целом развиваются в соответствии с нормативной программой, и недостаточность в их развитии неспецифична для

этого типа развития. Как уже упоминалось, чаще всего это наблюдается при наличии знаков атипичного развития.

Наибольшую специфику можно наблюдать при анализе строения аффективной регуляции поведения — ее уровневой организации. В данном случае в первую очередь обращает на себя внимание гиперфункция 3-го уровня (уровень эмоциональной экспансии) при своеобразии функционирования 4-го уровня аффективной регуляции (уровень эмоционального контроля), что выражается, с одной стороны, хорошей ориентацией в проявлениях эмоционального состояния других людей по отношению к себе, а с другой — отсутствием собственно эмоционального контроля и эмпатии по отношению к другим людям. При этом достаточно развит 1-й уровень (уровень полевых реакций) и можно говорить о невыраженной гиперфункции 2-го уровня (уровня стереотипов). Последнее проявляется в отсутствии потребностей в постоянстве окружения, поиске все новых социальных условий и «объектов» приложения своих эмоциональных экспансий.

В плане специальной психологической помощи таким детям необходима психокоррекционная / психотерапевтическая работа с целью гармонизации аффективной сферы (в данном случае можно говорить о предпочтении достаточно «жестких» психотерапевтических техник), семейная психотерапия. В случаях присоединения знаков атипичного развития может быть показана двигательная нейропсихологическая коррекция. В тяжелых случаях дисгармоничного развития этого типа необходимо привлечение врача-психиатра.

В случае адекватно подобранной коррекции, возможности адекватной «легализации» демонстративности ребенка в социально приемлемых формах и успешной работы с ближайшим окружением ребенка (в том числе и с педагогами) прогноз развития достаточно благоприятен.

Наиболее типичными диагнозами других специалистов для детей и подростков этого типа развития являются: «формирование личности по истерическому типу», «неврозоподобные реакции», «характерологические и пато-характерологические реакции» — для детского возраста, «психопатия возбуждимого типа», «патологическое формирование личности», «истерический невроз» — для подростковых возрастов (по МКБ-9), «расстройство поведения — (F91), в частности, вызывающее оппозиционное расстройство» — (F91.3) (по МКБ-10) и т.п.

Ведущим специалистом в данном случае следует считать психолога или психотерапевта. При формах, значительно нарушающих социальную адаптацию, — психиатра.

**Интрапунитивный тип** характеризуется принципиально противоположными реакциями ребенка и, соответственно, чертами аффективно-личностного развития.

Это дети, как правило, робкие и неуверенные в себе. Даже внешне они выделяются сутулостью, моторной и эмоциональной «зажатостью». Речевая активность, как правило, низкая. Дети достаточно трудно вступают в контакт, ищут взглядом поддержки, одобрения со стороны близких, а в их отсутствие — со стороны других взрослых. Показатели когнитивного развития в целом соответствуют возрасту, однако у одного и того же ребенка могут значительно различаться в зависимости от ситуации, в которой предъявляются задания, и стиля общения взрослого с ним. В неблагоприятных случаях могут быть крайне замедленны, вплоть до полного ступора, «КПД» их деятельности может быть крайне низким. И наоборот: дети могут показывать достаточно высокие результативность и даже темп деятельности в ситуации одобрения и поддержки.

Чаще, чем в среднем по популяции, встречаются случаи неустоявшейся латерализации или латентное левшество, что осложняет процесс овладения школьной программой, еще более усугубляя неуверенность и тревожность ребенка.

Совершенно естественно, что при данном типе дисгармоничного развития можно говорить о сверх- или суперконтроле (сверхкритичности) за своей деятельностью, то есть, как правило, о высоком развитии регуляторных функций. При этом, помимо высокой тревожности, неуверенности в своих силах, часто встречаются навязчивости, элементы ритуализации, инертность способов эмоционального взаимодействия. Вполне очевидно, что в данном варианте развития все эмоциональные реакции направлены как бы «вовнутрь», даже в случаях психомоторного возбуждения, обусловленного диффузной тревогой, страхом.

К этому типу детей относятся все варианты психосоматического развития, особенно очевидно это проявляется в том случае, когда происходит девиация из неравномерно задержанного типа развития

(дисгармонический инфантилизм), когда причиной темповой задержки психического развития являлись соматическая ослабленность или заболевание ребенка.

Об особенностях формирования базовых составляющих при этом типе психического дизонтогенеза можно сказать следующее. По отношению к произвольной регуляции поведения, как уже было сказано, при данном варианте можно говорить о, по крайней мере, достаточном ее уровне (если мы говорим о произвольной регуляции собственной деятельности), в том числе когнитивного звена ВПФ; часто можно говорить о высоком уровне развития функции программирования и контроля собственной деятельности, что выражается в сверхкритичности, проявляющейся порой в навязчивых движениях, ритуалах, даже мыслях как защитных механизмах компенсации сверхнапряжения. В то же время уровень произвольной регуляции эмоционального состояния часто бывает сформирован недостаточно, смыкаясь в своих проявлениях со спецификой формирования структуры аффективной регуляции поведения.

Сформированность пространственных представлений в целом соответствует возрастным показателям, более того, могут быть достаточно высоко развиты собственно квазипространственные (лингвистические) представления. В качестве иллюстрации можно предложить образ Пьеро из сказки А.Н. Толстого «Золотой ключик» как один из вариантов данного типа: поэт, меланхолик и интраверт! В случаях сочетания знаков атипичного развития и данного варианта дисгармонии пространственные представления будут сформированы недостаточно, что, в свою очередь, негативно скажется на возможности овладения школьной программой и еще более усугубит личностную дезадаптацию.

С точки зрения сформированности уровневой организации аффективной регуляции спецификой является достаточно выраженная гипофункция 3-го уровня аффективной регуляции при гипофункции 2-го и 4-го уровней. Хорошо понятно, что для таких детей сама мысль о необходимости «преодоления» страшна, но в ситуации коллективного поведения или ради блага другого человека (может быть, совсем и неблизкого) они в состоянии «переломить» себя и за счет собственного аффективного истощения реализовать требуемое. В этом случае необходимая для решения поведенческих задач аффективная тонизация может компенсаторно проявиться в нарастании защитных механизмов 2-го уровня аффективной регуляции, что выразится в виде уже упомянутых компенсаторно формирующихся навязчивостях, ритуалах, стереотипных формах эмоционального реагирования. Компенсаторно это может выражаться также и в фантазиях на тему успеха, преодоления, риска, что в реальной ситуации не имеет места. В этом случае можно говорить о том, что такие исходно интрапунитивные эмоциональные реакции проявляются в виде неких «экстрапунитивноподобных» форм. Это необходимо учитывать психологу при анализе поведения ребенка. Можно также говорить об относительной недостаточности функционирования 1-го уровня, трудностях «полевой» оценки ситуации, что может проявляться в неадекватных формах реагирования в критических ситуациях.

Как и в предыдущем случае, основной формой работы с детьми является психокоррекционная / психотерапевтическая помощь. Помимо гармонизации системы аффективной регуляции, которая может проходить в виде ставшей уже классической системы О.С. Никольской, крайне успешной следует считать кататимно-имагинативную психотерапию по К. Лернеру [20, 23], а также другие виды психотерапевтической работы, направленные на создание ситуации успеха и принятия в широком смысле этого слова. Не менее важной является и психокоррекционная работа с родителями и ближайшим окружением ребенка. В случае сочетания такого типа развития с элементами атипичности формирования межфункциональных взаимодействий (профиля функциональной асимметрии) в первую очередь необходима моторная коррекция, основанная на нейропсихологическом подходе с последующим формированием пространственных представлений в специально создаваемой ситуации закрепления успеха и достижений.

Наиболее типичными диагнозами являются: для детей — «формирование личности по тормозимому типу», «неврозоподобные реакции», «невротическое развитие личности», отдельные расстройства привычек и влечений детского возраста; для подростков - «невроз навязчивых состояний», «психопатия тормозимого типа», различные варианты психосоматического развития, включая «психогенную нервную анорексию», незлокачественные «дисморфофобии» (по МКБ-9), «расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов» - (F94), «смешанные расстройства поведения и эмоций» - (F92) «эмоциональные расстройства, специфичные для детского возраста» - (P03), «другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» - (F98) (по МКБ-10).

Ведущим специалистом, как и в предыдущем случае, следует считать психолога или психотерапевта. При выраженных нарушениях, в первую очередь нарушающих социальную адаптацию, ведущим специалистом должен стать психиатр.

Наиболее сложным и в то же время редким является выделяемый нами *апатический тип* дисгармонического развития. Феноменологически наиболее выраженные проявления этого типа развития наблюдаются в предпод-ростковом и подростковом периоде. В этом возрасте в первую очередь обращает на себя внимание вялость, безразличие, собственно апатичность, отсутствие каких-либо жизненных интересов, опустошенность подростков. Для них характерно безразличие как к результатам собственной деятельности, так и к их оценке. Ребенок может быть одновременно пресыщен и в то же время длительно, монотонно, «безэмоционально» и механически выполнять какие-либо задания.

Специфичным является отсутствие каких-либо интересов, в том числе, и сверхценных (что, собственно, и отличает этот тип развития от одного из вариантов искаженного развития). В некоторых случаях возможны проявления негативистичных и протестных реакций, однако это «пассивный» негативизм.

В старшем дошкольном и младшем школьном возрастах этот тип развития проявляется в более мягких и сглаженных формах, заключающихся в общем снижении психического тонуса, отсутствии специфических детских интересов и живости реагирования. Следует отличать данный вариант развития от проявлений депрессивных (то есть интрапунитивных) знаков у ребенка, которые как правило маскируются обилием соматических расстройств, повышенной чувствительностью, нарушениями сна, пищеварения, появлением тревожности и т.п. [10].

**Внимание!** При «остром» возникновении подобной апатии, особенно в начале подросткового возраста, сочетающемся с появлением «философской интоксикации» или суицидальных мыслей, необходимо экстренное обращение к психиатру для квалификации состояния и необходимого лечения.

Таким же сложным при этом типе дисгармонии является и анализ структуры базовых составляющих психического развития. Данный тип дисгармонического развития в дошкольном и младшем школьном возрастах имеет стертую, чрезвычайно «смазанную» симптоматику, а в выраженных формах он может проявляться лишь в предподростковом и подростковом возрастах, когда структура базовых составляющих в значительной степени интeрoри-зирoвалась и можно говорить лишь об «операционально-технологическом» уровне их функционирования. И в этой ситуации трудно говорить о какой-либо диагностике и анализе структуры таких базовых составляющих, как произвольность психической активности и сформированность пространственных представлений, поскольку проблематично выявить их в процессе консультирования. Достаточно очевидной особенностью, детерминирующей специфику всего состояния ребенка, является структура сформированности базовых аффективных регуляций.

На первый план скорее всего можно поставить значительную гипофункцию первого уровня при, по-видимому, гипофункции всех последующих иерархически «надстраивающихся» над ним уровней: 2-го, 3-го и 4-го, что и проявляется в феноменологическом плане в виде грубого снижения жизненного тонуса за счет выраженной недостаточности всей системы аффективной тонизации. На настоящем этапе окончательного решения вопроса о специфике структуры базовых составляющих при этом типе отклоняющегося развития нет.

Вопрос о возможной развивающей и коррекционной работе должен решаться совместно с психиатром, как ведущим в этом случае специалистом. В то же время при невыраженных случаях апатичного типа дисгармонического развития и отсутствии противопоказаний к применению психологической коррекции со стороны врача может проводиться тонизация аффективной сферы за счет постепенно нарастающей сенсорной стимуляции в сочетании с психотерапевтической работой с ребенком и его семьей.

Прогноз развития зависит от «остроты» состояния, особенностей возникновения, других факторов. Часто подобное состояние означает начало процессуального заболевания, прогноз которого выходит за пределы компетенции психолога. Как правило, в этом случае психиатром выставляется диагноз, характеризующий наличие или начало эндогенного заболевания.

### **2.3.2. Искаженное развитие**

Основным показателем искаженного развития, в отличие его от дисгармонического, является не только существенно большая выраженность асинхронии развития отдельных функций или их систем, но и грубое нарушение, искажение *адаптационных и приспособительных систем поведения*.

Если в вариантах дисгармоничного развития мы говорим об определенной специфике формирования базовой аффективной регуляции по типу уровневой дисфункции при сохранности общей структуры и иерархии всей системы уровневой аффективной регуляции, то искаженное развитие характеризуется именно повреждением механизмов эмоциональной регуляции, приводящим к грубому искажению уровневой иерархии базовых составляющих в целом, то есть когда «верхние» уровни не опираются на сформированные «нижние» (которые чаще всего и являются дефицитарными), а функционируют изолированно, не способствуя задачам адаптации. Подобная ситуация характерна не только для развития системы аффективной регуляции поведения и сознания, но и для регуляторных функций и когнитивной сферы ребенка.

В соответствии с тем, какая сфера (эмоционально-аффективная или когнитивная) преимущественно «страдает» в большей степени и соответственно определяет феноменологию и «рисунок» развития, нами выделяются, по крайней мере, три типа искаженного развития:

- преимущественное искажение эмоционально-аффективного развития;
- преимущественное искажение развития когнитивной сферы;
- мозаичные типы искаженного развития.

В основе *преимущественного искажения эмоционально-аффективного развития* лежит «тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порогов аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояния тревоги, страха перед окружающим... стремление стереотипизировать и упрощать эти контакты» (В.В. Лебединский, О.С. Никольская и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. — М.: МГУ, 1990. — С. 66). Подобное искажение, «повреждение» аффективного компонента развития влечет за собой и формирование особенностей речевого и интеллектуального развития, их значительные искажения. Даже при самых благоприятных предпосылках интеллектуального развития такой ребенок не может активно когнитивно осваивать среду. Также своеобразно и формирование высших форм произвольного поведения.

При общей характеристике отклоняющегося развития таких детей проявления искажения в различных сферах могут быть чрезвычайно разнообразны. В данной работе мы не ставим своей целью описание всех возможных вариантов подобного типа развития. В этом разделе, как и в сводной таблице основных показателей отклоняющегося развития (Приложение 2), описывается наиболее часто встречающийся в практике психолога образования тип искаженного развития так называемой 4-й группы РДА (раннего детского аутизма). Эти дети часто попадают в поле зрения специалистов ПМПК с целью дифференциальной диагностики и определения образовательного маршрута. В то же время за рамками данного пособия остаются иные варианты (группы) искаженного развития этого типа, реже попадающие в сферу деятельности психолога образования, но имеющие значительно более выраженную картину дезадаптации.

Специалистами отмечается неоднозначность феноменологической картины, которая, с одной стороны, отражает парциальную несформированность ВПФ, а с другой — именно такие дети часто обнаруживают парциальную одаренность. Наряду с этим отмечается чрезвычайная тормозимость, пугливость, особенно в контактах, ощущение несостоятельности, усугубляющее дезадаптацию в целом. Наиболее точное описание специфики феноменологических проявлений у этих детей дано в приводимой ниже цитате классика отечественной психологии К.С. Лебединской [18, стр.24]: «Значительная часть защитных образований носит ... адекватный компенсаторный характер: при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиту у близких, сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения; стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным "зарядением" от нее».

При этом существенным является то, что дети этой группы, несмотря на аутистическую «болезненность» контактов с окружающими, пытаются строить правильные формы поведения в обществе. Поскольку это происходит на фоне трудностей адекватного «эмоционального гнозиса» (восприятие и эмоциональная оценка выражения лица), это значительно усложняет их построение.

Данный тип развития с точки зрения оценки структуры базовых составляющих характеризуется значительным искажением их иерархии, то есть при данном варианте дизонтогенеза мы можем конста-

тировать, что произвольность ВПФ на когнитивном уровне может быть сформирована достаточно, в то время как на двигательном уровне она может быть выражением не-сформированной. Это проявляется и во всей деятельности в целом. Ребенок часто с большей легкостью осваивает какое-либо сложное научное понятие, но затрудняется в элементарном: элементарно несостоятелен в самообслуживании (моторном обеспечении, например, завязывания шнурков). Точно так же искажена и структура пространственных представлений: успешность освоения сложных речевых конструкций может сочетаться с достаточно грубой непростроенностью «нижних этажей»: собственно соматогнозиса и пространства собственного тела. То есть и в этом случае мы видим искажение в формировании этой базовой составляющей психического развития.

Состояние системы базовой аффективной регуляции детей 4-й группы РДА самими авторами характеризуется как «наименее тяжелый вариант повреждения развития эмоциональной сферы, когда дефицитарный четвертый уровень становится деспотом в организации аффективной сферы и не дает подключиться к регуляции его поведения нижележащим уровням. ...Дефицитарность высшего четвертого уровня нарушает и развитие низших аффективных механизмов. Ригидные, стереотипные правила контакта с окружающим миром, осуществление связи с ним только при посредстве других людей затрудняют развитие форм самостоятельной адаптации, формирование аффективно тонизирующих приемов низших уровней. Это в свою очередь еще более усугубляет нарушения работы четвертого уровня»[35, стр.73].

Наиболее адекватной развивающей и коррекционной работой психолога при данном типе отклоняющегося развития следует считать уровневый подход к коррекции эмоциональных нарушений, детально разработанный школой К.С. Лебединской — О.С. Никольской, тем более что именно модель раннего детского аутизма лежит в основе этой работы.

В то же время следует отметить, что подобная работа безусловно должна **предшествовать** включению в работу с ребенком иных специалистов. Поскольку имеющиеся у этих детей различные речевые расстройства, несформированность пространственных представлений требуют дополнительной работы логопеда, психолога, несоблюдение предлагаемой последовательности работы специалистов значительно снижает (а иногда и делает невозможной) эффективность их коррекционной работы. Желательно, чтобы вся работа по гармонизации аффективной сферы проводилась в условиях максимальной интеграции такого ребенка в группе детей (классов компенсирующего обучения, классов КРО, если мы говорим о детях школьного возраста).

Классическим психопатологическим диагнозом является «ранний детский аутизм» — (299.0) (МКБ-9). В современной классификации (МКБ-10) могут быть поставлены диагнозы: «детский аутизм» — (F84.0), «синдром Аспергера» — (F84.5). Часто учитель-логопед констатирует диагноз «общее недоразвитие речи 3-го уровня».

Для детей с *искаженным развитием преимущественно когнитивной сферы* характерна специфика не только когнитивного, но и моторного, физического развития в целом (Приложение 2). Уже на уровне внешнего вида обращает на себя внимание дискретность, дисгармоничность движений, в грубых случаях возможность застывания в отдельных позах, их вычурность. Речь, как правило, развернутая, обильная, с использованием вычурных, штампованных оборотов, с резонерством, пустым философствованием. Голос часто мало или специфично модулирован, а лицо при этом может быть как анемичным, так и выражать испуг.

Специфичным является наличие «зон» сверхценных интересов и увлечений, от которых ребенок не в силах «отлепиться» и проникновение в которые часто является средством установления контакта специалиста с ребенком. Такими увлечениями, «зонами» могут стать насекомые или динозавры, микробы или сложные технические схемы. Рисунки в этом случае будут отражать эти «сверхценности» или проецировать страхи ребенка.

Из собственно специфики когнитивного развития выделяется в первую очередь нарушение динамики мыслительной деятельности, опора на латентные признаки объектов и ситуаций (возможно, как следствие фрагментарности не только зрительного, но и слухового восприятия, искаженности формирования пространственных представлений), элементы разноплановости мышления, паралогизмы. Порой возможны эхололии.

В то же время у значительной части детей отмечается высокий уровень интеллектуального развития, высокая креативность мышления, что может быть оценено как парциальная одаренность в какой-либо сфере.

В эмоциональной-личностной сфере достаточно рано обращает на себя внимание специфика игровой деятельности и общения в целом, часто наблюдается эмоциональная выхолощенность, отсутствие выраженных аффективных реакций наряду с наличием аффективно окрашенных страхов, компенсаторных ритуализаций. Часто близкие или родственники отмечают эмоциональную холодность по отношению к ним и возможность «привязаться» к малознакомым людям или даже предметам. Восприятие этологически значимых выражений эмоций, как правило, неадекватное.

С точки зрения анализа формирования структуры базовых составляющих психического развития как одного из критериев выделения отдельных типов отклоняющегося развития можно говорить об общей «дисгармонии» формирования структуры каждой составляющей. Так, произвольность регуляции на уровне высших психических функций сформирована в целом значительно лучше, чем на уровне произвольного движения, а в зоне сверхценных интересов могут проявляться трудности регуляции в плане невозможности «переключиться», «отлепиться» от этой области интересов. При этом планирующая и контролирующая функции могут быть развиты достаточно хорошо. Регуляция же собственных эмоций может быть фактически недоступна ребенку.

Точно в таком же ключе выраженная асинхрония наблюдается и в формировании пространственных представлений. Наряду с несформированностью схемы тела и «элементарного» анализа пространственных отношений между объектами, что особенно явно проявляется в операциях копирования [33], ребенок может самостоятельно изображать сложнейшие схемы, адекватно использовать усложненные речевые обороты и яркие образные выражения.

Искажение формирования системы базовой аффективной регуляции определяется сдвигом пропорций в развитии непосредственно уровней в зависимости от того, какая форма эндогенного процессуального заболевания у ребенка имеет место. В соответствии с этим мы можем наблюдать самые разнообразные «профили» гипо- или гиперфункции уровней.

Поскольку дети с этим типом искаженного развития в первую очередь нуждаются в наблюдении и лечении у врача-психиатра (который и является ведущим специалистом), вопрос о возможности подключения любой психологической коррекционной работы (в особенности психотерапевтической) должен решаться только по согласованию с лечащим врачом. Таким образом, собственно психологическая, в том числе и специальная, помощь ребенку отступает на второй план. В то же время в благоприятные периоды возможна специальная психологическая помощь по типу гармонизации аффективной регуляции деятельности (по О.С. Никольской), а также осторожное включение элементов двигательной коррекции. В ряде случаев — организация адекватных форм обучения: индивидуальное обучение (в тяжелых случаях) с элементами интеграции в среду сверстников может стать частью коррекционной программы.

Вероятностный прогноз целиком и полностью зависит от формы и тяжести заболевания и определяется врачом-психиатром, выходя за пределы компетенции психолога. Как правило, в данном случае ребенку выставляется психиатрический диагноз, соответствующий тому или иному варианту эндогенного процессуального заболевания.

**Мозаичные варианты, искаженного развития** — это такие типы развития, когда в диагностическом плане трудно провести дифференциальную диагностику с отнесением их к относительно «чистым» вариантам *преимущественного искажения эмоционально-аффективного развития* или *преимущественного искажения когнитивного развития*. Им свойственны как черты первого (то есть раннего детского аутизма), так и показатели, характерные для второго варианта (процессуального заболевания), имеющего процессуальное течение той или иной степени выраженности. В этом случае наблюдаются не только проблемы коммуникативного и эмоционального характера, наличие стереотипии, но и так называемые колебания состояния (как правило усиление поведенческих проблем, страхов, дезадаптации в целом) сезонного характера. Как правило, в этой ситуации требуется наблюдение врача-психиатра и медикаментозная поддержка, в особенности в течение осеннего и весеннего периодов.

Важным диагностическим признаком этого варианта развития является период (хотя бы кратковременный) нормативного развития, предшествующий возникновению аутистических симптомов, а

также нарастание со временем негативной симптоматики (или «-» симптом)[13]. В периоды обострения возможен значительный «откат» назад не только уже имевшихся или вновь приобретаемых социальных навыков, но и эмоционального развития.

Принципиально, что характер коррекционной работы, рекомендуемой для детей с данным типом развития (в ситуации обязательной согласованности работы психолога с лечащим врачом), не изменяется по сравнению с коррекционной работой, проводимой для детей с преимущественным искажением эмоционально-аффективной сферы (ранний детский аутизм). В данном случае речь идет о специальной коррекционной работе, предлагаемой школой К.С. Лебединской — О.С. Никольской (формирование и гармонизация уровней аффективной организации поведения), в общих чертах описанной в разделе 4.

#### 2.4. Дефицитарное развитие

Под дефицитарным развитием, как уже говорилось, подразумевается различной этиологии недостаточность сенсорных, опорно-двигательных и иных систем. В этом случае традиционно выделяемая в отечественной специальной психологии категория детей с *дефицитарным развитием* (связанным с тяжелыми нарушениями сенсорных и опорно-двигательной систем) должна быть отнесена, с точки зрения логики предлагаемой классификации к типу *раннедефицитарного развития*.

В то же время случаи позднего повреждения различных систем, приводящие к специфически проявляющемуся варианту дефицитарности, в той же логике должны быть отнесены к типу *позднедефицитарного развития* (в этом случае относящегося скорее к поврежденному, чем истинно дефицитарному развитию), имеющему отличные от предыдущего типа, как феноменологическую картину проявлений, так и систему коррекционно-развивающей работы.

Следует отметить, что данный классификационный подход и соответствующая терминология еще не разработаны, являются лишь *гипотетическим построением* авторов и, следовательно, не могут быть пока использованы в практической деятельности психолога образования. Кроме того, авторы не обладают достаточным опытом работы с детьми с указанным типом отклоняющегося развития и поэтому не могут взять на себя ответственность проанализировать этот тип развития в логике предлагаемого подхода. По этим же причинам группы дефицитарного развития не описаны и в Приложении.

Однако следует отметить, что гипотетически можно предположить существование большого разнообразия вариантов дефицитарного развития, к которым следовало бы относить не только детей с дефицитарностью сенсорных и опорно-двигательной систем, комплексными дефектами, но и детей с «дефицитарностью» (пока еще гипотетической в наших условиях) иных систем (например, различными иммунодефицитами, врожденной дефицитарностью болевой и холодовой чувствительности и т.п.). Возможно, со временем дети этих категорий также войдут в образовательное пространство и потребуют специальной психологической помощи. Принципы анализа и предлагаемые технологии диагностической и коррекционной работы, которые описываются в настоящем пособии, еще не нашли своего подтверждения в работе с вышеуказанными категориями детей.

При этом можно предположить, что формирование базовых предпосылок психического развития в случае дефицитарного развития должно быть крайне специфичным, в целом не соответствующим по темпам (скорости) и последовательности их нормативно возрастному развитию. Опять же гипотетически можно представить, что профиль базовых составляющих как операционально-технологического звена будет специфичным для каждого варианта дефицитарного развития.

**Несомненно, каждый из типов дефицитарности требует отдельного исследования и, соответственно, отдельной книги.**

#### 2.5. Поврежденное развитие

Наиболее сложной для типологизации группой отклоняющегося развития является те варианты, в которых в качестве основного классификационного признака выделяется фактор повреждения.

Вслед за классиками отечественной психиатрии и психологии [13, 19] к поврежденному мы относим варианты отклоняющегося развития, возникшие при патологическом повреждающем воздействии, когда значительная (большая) часть функциональных систем уже была сформирована *до* момента повреждения и, таким образом, развитие имеет период условно нормативного. Точно так же в большинстве случаев можно выделить (по крайней мере в анамнезе) собственно повреждающий фактор. Традиционно считается, что феномены повреждения могут возникать только при воздействии повреждающих факторов после 2-3-х лет. При этом понятно, что фактор возраста, при котором возникло поражение,

играет огромную роль, поскольку длительность формирования той или иной функции или системы различна. При этом становится очевидным, что чем длиннее период формирования функции (или системы функций), тем большая вероятность недоразвития по отношению к повреждению, и, соответственно, чем короче этот период, тем вероятнее повреждение данной системы [19]. Таким образом, могут быть определены (исключительно на качественном уровне) дифференциально-диагностические признаки *повреждения* или *недостаточности развития*. Это имеет огромное значение для проведения дифференциальной диагностики не только психологом, но и другими специалистами.

При этом для высших психических функций, имеющих достаточно длительный период развития, при более раннем повреждении характерно стойкое недоразвитие (что сближает феноменологические проявления детей с ранним повреждением ЦНС с группой тотального недоразвития и иногда, как уже указывалось, может служить причиной диагностической ошибки), а формирующиеся относительно рано функции, имеющие «короткий» период развития (в том числе функции подкорковых структур), чаще подвергаются повреждению, порой даже с элементами распада, что феноменологически сближает проявления поврежденного развития с грубыми формами парциальной несформированности преимущественно регуляторного и смешанного типа.

На наш взгляд, исходя из специфики содержания диагностической и коррекционной работы, исторически сложившихся типов классификаций, а также всей логики предшествующего анализа, в «качестве определяющего, ведущего признака следует считать признак объема повреждения.

Кроме того, специфика поврежденного развития будет определяться:

- локализацией повреждения как одного из наиболее значимых факторов;
- временем (возрастом) повреждения;
- периодом, прошедшим после повреждения (стажем заболевания);
- наличием в связи с этим общемозговых реакций;
- особенностями психического и физического развития, предшествующими повреждению (преморбидные особенности).

При учете фактора объема повреждения, как наиболее существенного, мы можем разделить группу поврежденного развития на две подгруппы:

- локально поврежденное развитие;
- диффузно поврежденное развитие.

Имеет смысл еще раз акцентировать внимание на том, что, если повреждение произошло в возрасте, когда еще не сформированы высшие уровни базовых психических составляющих, дополнительно к феноменам повреждения присоединится и недостаточная сформированность базовых предпосылок (составляющих) психического развития ребенка, усугубляющая процесс компенсации и адаптации в целом. Формирование базовых предпосылок психического развития при таком варианте развития на начальных этапах подразумевается как условно нормативное. То есть можно предполагать, что наиболее ранние этапы становления базовых составляющих еще в качестве предпосылок подчинялись закону гетерохронии, а более поздно формирующиеся, то есть высшие уровни каждой из базовых составляющих, оказываются достаточно грубо несформированными (недоразвитыми).

Можно говорить о грубой несформированности, произвольной регуляции психической активности, начиная с произвольной регуляции двигательной активности, и в особенности «верхних» уровней (регуляции ВПФ и эмоциональной регуляции).

Анализируя аффективную составляющую, можно увидеть грубую недостаточность иерархического влияния 4-го уровня и в целом изолированность, «работу на себя» (то есть дисфункцию, деформацию смысловой структуры аффективной сферы в целом) 2-го, а часто и 3-го уровней. Так, например, при гиперфункции 2-го уровня мы будем наблюдать разные варианты рас-торможенности влечений.

Очевидно, что чем больше объем поражения, тем тяжелее общее состояние ребенка и влияние поражения на характеристики продуктивной активности, целенаправленности, темп и работоспособность в целом (проявления астенизации, инертности и т.п.).

Такое обилие параметров, определяющих характер поврежденного развития, определяет значительную сложность и неоднозначность выделения специфических для данной группы показателей развития. Однако мы попытались в соответствии с выделенными нами критериями развития представить варианты поврежденного развития в виде сводной таблицы (Приложение 3).

Следует отметить, что при *локально поврежденном развитии* объем так называемых «обще-мозговых проявлений», как правило, будет меньшим, и вследствие этого общий прогноз развития ребенка при адекватном лечении будет более благоприятным. Показатели критичности, адекватности и обучаемости не являются специфичными для данного типа отклоняющегося развития в том случае, если это не есть локальное повреждение передних структур мозга (лобных систем). Однако в каждом конкретном случае может выявляться специфика этих характеристик.

Точно так же и специфика формирования когнитивной сферы в первую очередь будет определяться локализацией поражения, компенсаторными возможностями ребенка в целом. Характерной особенностью для этого типа отклоняющегося развития следует считать «мозаичность» феноменологической картины познавательной деятельности.

В эмоционально-личностном плане можно наблюдать самый широкий спектр проявлений: от вариантов условно-нормативного развития до brutальных форм личностных изменений.

Говоря о последовательности каких либо психологических развивающе-коррекционных мероприятий, следует хорошо понимать, что они чаще всего могут быть начаты только в случае снятия остроты состояния и при обязательном согласовании с врачом-неврологом. Показана коррекционная работа, основанная на нейропсихологическом подходе (в первую очередь когнитивная), симптоматическая развивающая и коррекционная работа, формирование произвольной регуляции деятельности с опорой на актуальный уровень ее развития, при необходимости работа учителя-дефектолога, логопеда, общеукрепляющие мероприятия, психотерапевтическая работа с родителями и семьей в целом. При инвалидизирующих поврежденных вариантах развития психотерапевтической работе должно быть уделено преимущественное внимание.

При неблагоприятных ситуациях развития детей этой категории (неадекватном лечении, несвоевременной развивающей и коррекционной помощи, неадекватном типе образовательного учреждения, социальных условиях развития в целом) вероятен неблагоприятный прогноз развития. Так, например, ребенок, имеющий, по данным параклинических исследований (в первую очередь, ЭЭГ - электроэнцефалографического исследования), очаговую эпилептическую активность, будет по своему состоянию «девирировать» в группу «диффузно поврежденного развития» со всеми вытекающими отсюда последствиями. В подобных случаях ставится, как правило, неврологический диагноз, отражающий характер поражения или заболевания нервной системы и/или органов чувств.

Несомненно, что ведущим специалистом при данном типе развития следует считать специалиста медицинского профиля (невролога, психиатра, врача восстановительного лечения). Вторым по значению является учитель-дефектолог соответствующего профиля.

Наиболее типичными среди феноменологических проявлений, характерными для *диффузно поврежденного* типа развития, являются в первую очередь изменения операционально-технических характеристик психической деятельности разной степени выраженности. Выраженность этих проявлений находится в прямой зависимости от ранее перечисленных факторов.

Эти особенности проявляются в грубых колебаниях работоспособности, общем ее снижении вплоть до невозможности организации продуктивной деятельности, резком снижении темпа психической деятельности, его неравномерности, как и неравномерности (колебаниях) психического тонуса.

Как правило, при этом варианте развития регуляторные функции оказываются выражены поврежденными, что проявляется не только в трудностях регуляции собственной психической активности как на познавательном, так и на аффективном уровне, но и собственно трудностях программирования и контроля деятельности в целом.

Показатели критичности, адекватности, обучаемости в случаях выраженных, мало компенсированных повреждений значительно снижены.

После перенесенного повреждения или заболевания с точки зрения развития когнитивных функций наблюдается не только грубое изменение операциональных характеристик деятельности, но и в тяжелых случаях распад отдельных уже сформированных ВПФ, вплоть до *органической деменции*, в сочетании с грубым недоразвитием еще не сформировавшихся. При более мягких вариантах отмечается снижение темпа формирования высших психических функций наряду с частым сопровождением развития ребенка инертностью психической деятельности в целом.

В этом же ключе отмечаются и особенности эмоционально-личностного и мотивационно-волевого развития: с одной стороны, можно говорить о значительной эмоциональной инертности, вязкости, с другой — о эмоциональной лабильности, нестойкости аффекта, наличии значительных колебаний настроения и аффективного тонуса в целом. Достаточно часто в подростковом возрасте на фоне подобной эмоциональной лабильности может возникнуть формирование дисгармонических черт личности и при неблагоприятных условиях девиация развития в сторону стойкой дисгармонии.

С точки зрения специфики «профиля» базовых составляющих психического развития следует отметить, что чем позже возникло повреждение, тем более сформированными на момент повреждения оказываются «высшие уровни», тем больше они способствуют реабилитации состояния ребенка в качестве операционально-технических составляющих ВПФ. По-видимому, наиболее «устойчивыми» к повреждающему воздействию оказываются пространственные представления как одна из базовых составляющих, а страдают в большей степени произвольная регуляция психической активности и, вероятно как следствие, уровневая аффективная регуляция. Однако этот вопрос требует дополнительных исследований.

Аналогично предыдущему типу развития в первую очередь необходима адекватная система лечебных, режимных и восстановительных мероприятий. В дальнейшем, как было показано выше, приоритет психологической коррекционной работы лежит в сфере формирования произвольной регуляции, программирующих и контрольных функций. Однако в неярко выраженных случаях порой достаточно выполнять режимные мероприятия, заключающиеся в снижении объемов учебных и прочих нагрузок, учете особенностей работоспособности и возможного темпа деятельности, адекватном отношении к эмоциональным перепадам. В этом случае чрезвычайно возрастает роль психолога не как специалиста по коррекционной работе, а как координатора и психотерапевта, осуществляющего взаимопонимание и взаимодействие родителей и педагогов, способствующего пониманию теми и другими специфики состояния ребенка.

Прогноз дальнейшего развития ребенка в большинстве случаев в целом менее благоприятен, чем при локально поврежденном развитии, но чрезвычайно разнообразен и зависит от огромного числа факторов, в том числе и компенсаторных возможностей ребенка. Поэтому возможна как практически полная компенсация повреждения, так и «выход» в органическую (в том числе эпилептическую) деменцию в наиболее тяжелых случаях.

На феноменологические проявления, прогноз и т.п. в первую очередь влияет как интенсивность повреждающего воздействия, его длительность, адекватность (а иногда и просто возможность) лечебных мероприятий, так и собственные компенсаторные возможности ребенка.

Огромную роль, естественно, играет и социальная ситуация развития, как один из определяющих факторов компенсации. В качестве примера можно привести отсутствие адекватных лечебных мероприятий при несоответствии медицинского оборудования или врачебной квалификации состоянию ребенка в нужный момент, а также и при попустительстве родителей, недооценке ими возможных последствий. Как правило, в этих случаях ставится соответствующий неврологический диагноз.

В связи с разнообразием тяжести состояния и прогноза развития ребенка, как в неврологическом, так и в психолого-педагогическом плане ведущим специалистом остается медицинский работник (профильный специалист) и педагог-дефектолог. Психолог чаще всего является вспомогательным специалистом, способствующим адаптации ребенка и семьи в целом.

### Раздел 3.

## ОСНОВЫ ИНТЕГРАТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

### 3.1. Общие вопросы интегративной диагностики

Необходимо отметить, что в практике психологической работы существуют различные виды диагностики:

— **скрининговая диагностика**, которая обычно проводится с группой детей или даже с целым классом и направлена на выделение детей, обладающих теми или иными свойствами (группой характеристик), оценивающая постоянство тех или иных психологических свойств у данной группы детей;

— **углубленная психологическая диагностика** (некоторые авторы разделяют углубленную психологическую диагностику и дифференциальную психологическую диагностику) [21];

— **динамическое обследование**, с помощью которого прослеживается динамика развития, эффективность обучения, развивающих и/или коррекционных мероприятий;

— **итоговая диагностика**. Цель последней оценить состояние ребенка «на выходе», в конце определенного этапа его обучения или цикла коррекционной работы.

Каждый из приведенных типов психологической диагностики обладает своими свойствами, технологиями и набором инструментальных средств (методик и тестов).

Не будем касаться такого вида, как скрининговая диагностика, которая, на наш взгляд, мало оправдана при работе с анализируемыми группами детей, поскольку уже педагог класса после короткого общения с ребенком видит, что ребенок отличается по своим возможностям овладения школьным компонентом или своими поведенческими характеристиками от других детей (что, собственно, и является целью скрининговой диагностики). В данной ситуации включение психолога для выявления того же самого, но с помощью диагностического аппарата малоэффективно. Поэтому остановимся в первую очередь на **углубленной психологической диагностике**, которая проводится уже после выделения детей, имеющих какие-либо особенности развития (так называемая группа риска по трудностям обучения и школьной дезадаптации в целом) и нуждающихся в дополнительной развивающей или коррекционной работе, то есть в специальной психологической помощи.

Современная диагностическая работа с детьми в образовательных (и не только в образовательных) учреждениях должна опираться на новые оригинальные технологии обследования. На этом этапе детскому психологу приходится использовать такие направления современной психологической науки, как клиническая детская психология, нейропсихология детского возраста, психосоматика детского возраста (в ее психологическом аспекте), не говоря уже о возрастной психологии, а также использовать элементы педагогических, в частности логопедических и медицинских, знаний. Подобная диагностическая работа должна проводиться в едином «ключе», где основой является комплексная многоаспектная квалификация состояния ребенка. Конечным итогом такой комплексной психологической диагностики должен стать психологический диагноз, который не только позволит классифицировать актуальное состояние ребенка, но и обеспечит надежный прогноз его дальнейшего развития и обучения, даст специалистам, в первую очередь психологу, возможность определить пути и разработать программы наиболее эффективной коррекционной работы. Кроме того, такая углубленная диагностика позволит определить для ребенка наиболее эффективный образовательный маршрут и тип учебного заведения, адекватный возможностям и способностям ребенка.

Как уже отмечалось, подобная комплексная диагностика была определена нами как **интегративная психологическая диагностика**. При этом необходимо помнить, что такой вид диагностики и соответствующее описание результатов психологического обследования, включая психологический диагноз, ориентированы исключительно на пользователей-специалистов. Такое заключение формулируется на языке современной психологической науки и не рассчитано на передачу диагностической и аналитической информации неспециалистам.

Соответствующая информация для неспециалистов (например, психологическое заключение для внешних организаций или документ, предназначенный для родителей) имеет аналогичное по содержанию, но отличное по форме и терминологии описание состояния ребенка и характеризуется иной структурой.

**Можно сформулировать основную цель психологического обследования как выявление особенностей и уровня актуального развития ребенка, отражающих особенности формирования**

**базовых составляющих психической деятельности, с целью определения путей развивающей и коррекционной работы, адекватных для ребенка вида и формы обучения.**

В соответствии с этим можно сформулировать и ряд положений, лежащих в основе интегративного подхода в психологической диагностике:

— построение гипотезы психологического обследования на основе целостного представления о ребенке, с привлечением знаний специалистов разнообразных отраслей психологии, педиатрии, детской психиатрии, медицинской генетики, педагогики, в том числе специальной (коррекционной) педагогики;

— использование в полной степени алгоритма изменения диагностической гипотезы в свете получаемых данных (правило Байеса);

— построение процедуры обследования в соответствии с актуальным возрастом, особенностями поведения ребенка, а также с учетом взаимодействия в диаде взрослый — ребенок;

— проведение обследования и анализ полученных результатов с учетом трех основополагающих критериев деятельности ребенка: обучаемости, адекватности, критичности;

— использование методического аппарата, адекватного целям и гипотезе обследования, с учетом процедурных особенностей, позволяющих получать многофакторную (многофункциональную) информацию за счет технологии предъявления;

— анализ получаемых данных с применением технологий интегративной оценки результатов, дающий максимальную информацию не только о специфике развития и формирования различных функций и систем на феноменологическом уровне, но и позволяющего выявить комплекс и иерархию причин, приводящих к данному варианту развития;

— психолого-педагогическая квалификация уровня актуального развития ребенка с выходом на тип и структуру развития, постановка психологического диагноза.

Использование вышеуказанных принципов интегративной психологической диагностики дает возможность адекватно оценить не только актуальное состояние и уровень развития ребенка, но и особенности формирования базовых составляющих психического развития и на основе этого «определить» зону ближайшего развития ребенка, «привязать» ее к границе между уже «созревшими и еще созревающими процессами» [б]. Подобный подход позволяет значительно увеличить в целом прогностичность такой оценки и, следовательно, более адекватно построить необходимый образовательный маршрут. Кроме того, он позволяет определить структуру, параметры времени и последовательность различных развивающих программ как непосредственно для деятельности самого психолога, так и для других специалистов, работающих с ребенком.

### 3.2. Основные положения проведения психологического обследования

Таким образом, общая структура проведения углубленного психологического обследования представляет собой ряд последовательных этапов, объединенных идеей получения максимального количества информации, которая даст возможность:

— адекватно проанализировать результаты;

— поставить психологический диагноз;

— определить вероятностный прогноз дальнейшего развития ребенка;

— сформулировать адекватные типу развития, эффективные рекомендации по комплексному сопровождению ребенка в рамках образовательного пространства.

Одним из основных условий обследования является оптимизация самого процесса обследования, сокращение времени его проведения за счет использования приведенных выше принципов и, следовательно, минимизация энергозатрат как ребенка, так и исследователя. Исходя из этих условий и предлагается определенная технология подобного обследования.

Диагностическая процедура включает в себя:

1) выяснение жалоб и трудностей ребенка, констатируемых родителями или педагогами;

2) ознакомление с имеющейся информацией и сбор психологического анамнеза;

3) собственно психологическое обследование;

4) экспресс-анализ результатов (в том числе подтверждение или коррекция диагностической гипотезы), проводимый, естественно, в процессе самой диагностики, позволяющий провести первичное консультирование родителей или педагогов непосредственно после обследования;

5) полный анализ полученных результатов, постановка психологического диагноза;

б) составление заключения с формулированием психологического диагноза, вероятностным прогнозом дальнейшего развития ребенка и рекомендациями по комплексному сопровождению ребенка в образовательном пространстве.

### **3.2.1. Психологический анамнез и его основные разделы**

#### **Общие положения**

В соответствии с принципами интегративной диагностики сбор психологического анамнеза является, с одной стороны, неотъемлемой частью построения психологической диагностической гипотезы, с другой — представляет из себя систему объективных данных, позволяющих предположить причину возникновения того или иного варианта отклоняющегося развития.

Сбор психологического анамнеза безусловно может опираться на уже известные факты из истории развития ребенка (например, факты, описанные врачом, то есть медицинский анамнез). Однако сбор психологического анамнеза имеет свои цели и задачи и представляет собой достаточно специфический набор «тем», по поводу которых ведется беседа. В случае детально прописанного врачебного анамнеза не имеет смысла повторять вопросы, ранее заданные врачом, а следует лишь детализировать интересующие психолога этапы и специфику развития.

Как правило, в образовательных учреждениях подробный врачебный анамнез отсутствует. Часто психологи образовательных учреждений, в том числе центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи, оказываются первыми специалистами, к которым обращаются родители с проблемным ребенком. В таких случаях психолог буквально «вынуждается» ситуацией оценивать историю развития ребенка (в том числе и период развития до момента рождения) самостоятельно. В любом случае умение оценить и проанализировать информацию, считающуюся до сих пор исключительно прерогативой медицинских работников, является показателем профессионализма специалиста, в особенности тогда, когда мы говорим о психологах, работающих с детьми с отклоняющимся развитием (т.е. специальных психологах).

Безусловно, до начала собственного обследования, в том числе сбора анамнеза, психологу необходимо ознакомиться со всеми предыдущими данными обследования, если таковые имеются, и проанализировать имеющиеся сведения со своей точки зрения.

В литературе неоднократно поднимался вопрос о необходимости анализа истории развития ребенка [4, 15, 16, 25, 26], проводилась дифференциация медицинского и психолого-педагогического анамнеза. В отличие от взглядов Г.В. Бурменской с соавторами [4], использующими понятие «психологический анамнез» вне связи с болезненным процессом как синоним «история индивидуального психического развития ребенка», мы в случае отклоняющегося развития считаем оправданным сближение понятия «психологический анамнез» с анамнестическим подходом, принятым в медицине, отчасти перенося присущие ей принципы сбора и анализа анамнестических данных. В то же время в основу психологического подхода к сбору и систематизации данных о ребенке может быть положена схема анализа каждого этапа развития, квалификация развития деятельности и личности ребенка, широкий охват существенных условий его развития.

Одним из важнейших условий сбора психологического анамнеза является прослеживание (и вычленение) в истории развития ребенка информации о формировании базовых составляющих психического развития и условиях этого формирования. Отдельные факты развития ребенка и общий анализ позволяют уже до получения объективных данных сделать предположения о характере их формирования, о тех «точках», «зонах», где происходили «сбои» или девиации их развития. Это позволяет более эффективно как построить диагностическую гипотезу, так и уточнить в дальнейшем психологический диагноз, особенности построения коррекционно-развивающих программ.

В зависимости от уже имеющихся данных о развитии и собственной гипотезы специалиста в каждом конкретном случае те или иные разделы предлагаемой схемы сбора психологического анамнеза могут либо сокращаться, либо еще более детализироваться.

С самого начала работы с семьей необходимо учитывать исходный социокультурный уровень родителей, а часто и их личностную специфику. В зависимости от социально-психологических характеристик родителей и семьи строится как процесс опроса родителей, так и тактика консультирования в целом.

Важно, чтобы разговор с родителями происходил конфиденциально, то есть без присутствия посторонних лиц, в том числе и самого ребенка. Это время может быть эффективно использовано для того, чтобы ребенок сделал какие-либо проективные рисунки или, если психолог предполагает наличие выраженных отклонений в развитии, просто порисовал или поиграл в другом помещении.

В отдельных случаях, когда ребенок не может остаться в одиночестве, например, при обследовании ребенка младшего дошкольного возраста или без матери, допускается присутствие ребенка, но в этом случае также необходимо отвлечь его каким-либо интересным занятием. В случае, когда ребенок «нарочито желает» присутствовать при обсуждении своих проблем, необходимо тщательным образом отслеживать все реакции ребенка на ту информацию, которую сообщают о нем его родители. В такой ситуации **об** отдельных «острых» моментах можно расспрашивать родителей иносказательно, в максимально завуалированной форме.

Вполне очевидно, что в психологическом анамнезе должна быть представлена семейная и социальная ситуация, на фоне которых протекало развитие ребенка в различные возрастные периоды. В то же время в представляемом нами подходе к сбору психологического анамнеза не предусматривается анализ истории развития семьи и ребенка (а также специфика взаимодействия в диаде «мать—ребенок») с позиции традиционного или современного психоанализа. Такой подход к истории развития «проблемного» ребенка и его семьи, безусловно, правомерен в рамках психотерапевтического взаимодействия, но, с нашей точки зрения, малоцелесообразен в деятельности психолога образовательного учреждения.

Как правило, беседа с родителями начинается с предъявления жалоб, и в начале обследования психолог должен отметить, с чьих слов (мамы, папы, бабушки, опекуна и т.п.) описывается история развития ребенка, хотя мы отдаем себе отчет в том, что все сведения, особенно если они подаются с точки зрения только одного из родителей, достаточно субъективны и во многом определяются особенностями семьи.

При невозможности снятия анамнеза (в ситуации детского дома, отсутствия родителей в момент обследования при наличии их согласия на обследование и т.п.) более подробно описываются жалобы лиц, обратившихся за консультацией, и их наблюдения за ребенком. Точно так же обязательно должно быть зафиксировано, с чьих слов производится запись.

#### Условия и особенности протекания беременности и родов

В первую очередь, как правило, выясняются особенности протекания беременности как в физиологическом (угроза выкидыша, повышенное артериальное давление, нефропатия, вирусные или инфекционные заболевания в этот период и т.п.), поскольку эти факторы часто определяют попадание ребенка в группу риска по неврологическим особенностям, а следовательно, по темпу и особенностям раннего психомоторного развития, выяснение которого является непосредственной сферой интересов психолога, так и в психологическом плане (наличие тревоги в период беременности, конфликтные отношения в семье, нежелательность беременности, социально неблагоприятные факторы, на фоне которых она протекала). Отмечается также наличие хронических заболеваний родителей, генетических предрасположенностей, наследственных заболеваний с обеих сторон, множественные пороки развития у других членов семьи, предшествующие выкидыши, мертворождение и каких-либо зависимостей (табакокурение, алкоголизм, наркотическая или токсикоманическая и т.п.).

Отмечается характер и особенности родов: сроки наступления родов (недоношенность или переносенность), наличие осложнений в процессе родов, своевременность первого крика ребенка. Чрезвычайно важным, с нашей точки зрения, является показатель времени первого прикладывания ребенка к груди, поскольку это является одним из немногих объективных показателей состояния новорожденного. Исключения, безусловно, могут быть (в частности, при кесаревом сечении и других оперативных вмешательствах), но в современной акушерской практике сроки первого прикладывания к груди являются прямым коррелятом состояния ребенка. Также выясняются сроки выписки ребенка и его матери из родильного дома - как объективная оценка благополучия протекания первых дней жизни новорожденного (исключением является задержка сроков выписки в связи с осложнениями у матери новорожденного).

#### Раннее моторное и психоэмоциональное развитие

Данный раздел психологического анамнеза имеет решающее значение для оценки характера формирования базовых составляющих психической деятельности (последовательность и особенности моторного развития как основная предпосылка формирования пространственных представлений у ре-

бенка, становление базальных уровней аффективной регуляции) на первом году жизни, и поэтому он должен быть проанализирован психологом с наибольшей тщательностью.

Необходимо проанализировать характер «поведения» ребенка на первом году жизни в целом: спокойным или беспокойным был ребенок, наличие проблем питания, сна и т.п. в этот период. Например, неустойчивость ритма «сон-бодрствование», условия засыпания, его длительность; характер реакции на мокрые пеленки, тесное пеленание или облегающую одежду (то есть изменение порогов тактильной и проприоцептивной чувствительности). Отмечается наличие «страхов» раннего возраста: боязнь интенсивной перемены света, громких звуков, чужих, трудности привыкания к твердой пище, болезненная реакция на изменение режима, наличие симбиотической связи с матерью (непереносимость ее отсутствия). В этой части анамнеза очень важно отметить характер реакции ребенка на другого человека.

Не менее важным является ретроспективная оценка эмоционального состояния матери в этот период.

Одним из важных косвенных показателей состояния ребенка, отражающих его, являются сроки проведения вакцинации (прививок) ребенка.

Также должны быть отмечены знаки, имеющие отношение к неврологическому состоянию на первом году жизни: наличие мышечной гипотонии или гипертонии, частые срыгивания, тремор ручек, подбородка, слишком ранние сроки вставания на ножки (до 7-ми месяцев), беспричинные пронзительные крики, судороги на фоне высокой температуры (фебрильные судороги).

Выявляются сроки моторного развития (сроки возникновения новых моторных навыков), их последовательность. Особое внимание должно быть уделено наличию или отсутствию периода ползания и срокам его возникновения.

В таком же ключе (сроки возникновения и последовательность) анализируется и психоэмоциональное развитие: эмоциональные реакции (первые улыбки, комплекс оживления, появление страха чужого лица), характер манипуляций с игрушками, особенности игровых действий (сопровождение игровых действий вокализацией и соответствующей мимикой). Важным показателем собственно эмоционального развития ребенка в этом возрастном периоде является изменение характера игровой активности в присутствии значимых лиц. Как важная характеристика отмечаются общий эмоциональный фон и преобладающие типы поведенческих реакций.

Оценивается понимание интонационной стороны речи взрослых, собственно обращенной речи и ее интонации, сроки и особенности собственно речевого развития (гуление, лепет, первые слова, указывание частей тела). При оценке речевого развития также отмечаются речевые реакции ребенка и изменения их интенсивности и качества в присутствии взрослых.

Отдельно отмечаются заболевания и/или травмы первого года жизни. В соответствии с нашими теоретическими представлениями о психическом развитии ребенка трудно переоценить значение информации об этом периоде жизни для анализа последующих этапов развития и возможных проблем ребенка.

### **Оценка развития ребенка от 1-го года до 3-х лет**

Выявляется, в первую очередь, где находился ребенок в этот период (в домашних условиях с матерью, с другими родственниками, например с бабушкой, с няней или чужими людьми, в дошкольном учреждении. Доме ребенка и т.п.). В случае, если ребенок проходил этап социализации в детском саду, должны быть отмечены характер и протекание периода адаптации к детскому учреждению и детскому коллективу.

Также отмечаются значимые изменения в семейном и социальном статусе родителей, произошедшие в этот период, и их влияние на общее состояние обследуемого ребенка (развод или смерть одного из родителей, рождение младшего ребенка, переезд на новое место жительства и т.п.)

Анализируются темпы, сроки и особенности речевого развития, в том числе возраст возникновения местоимения «я», появление простой фразы, развернутой фразы, качество звукопроизношения, элементы словотворчества, знание элементарных детских стихов, «потешек» и т.п. В случаях «ненормативного» (слишком раннего или слишком позднего) речевого развития анализируются способы привлечения ребенком внимания взрослых, адекватное использование при этом мимики и жестов.

Далее выясняются особенности эмоционального развития и развития коммуникативных навыков: характер привязанности и отношений к близким (в том числе степень независимости от них), особенности игровой деятельности (какие предметы или игрушки вызвали наибольший интерес, в каких условиях и какие действия с ними производились). Например: охотно играл в кубики и складывал аналогичные конструкции только в присутствии взрослого; предпочитал неигровые предметы (шуршание газетами, пересыпание круп и т.п.). Отмечается наличие «феномена тождества» и его выраженность, характер взаимодействия со сверстниками, протекание начала «кризиса 3-х лет».

Для этого возрастного периода важно также оценить наличие и характер фобических проявлений (страхов), их стойкость и возрастную соотнесенность (типичность или атипичность имеющихся страхов для этого периода, их выраженность). В этом же разделе необходимо оценить такой важный показатель эмоционального благополучия, как сон: его особенности в этот период (скрип зубами во сне, психомоторное возбуждение, наличие или отсутствие периодичности подобных проявлений), а также характер засыпания ребенка.

При необходимости отмечаются особенности познавательных интересов: просто воодушевленно возил машинки или интересовался ими и знал огромное количество автомобилей различных марок.

Анализируются сроки и характер развития различных сложных видов моторики (в первую очередь - общей: сформированность бега, возможности произведения реципрокных движений: марширования, лазания вверх и вниз по лестнице, катания на велосипеде, а также других элементарных бытовых навыков, указывающих на уровень развития более дифференцированной моторики: самостоятельная еда, застегивание молний, попытки самостоятельного одевания-раздевания и т.п.).

Отмечаются сроки формирования самостоятельных навыков опрятности (в первую очередь — когда стали приучать к горшку и насколько трудно проходило формирование этого навыка).

Выясняются (со слов близких или из медицинской карты) особенности состояния здоровья ребенка, на фоне которого протекало его развитие: частота заболеваний, их тяжесть, наличие травм и госпитализаций в этом возрастном периоде. Здесь же отмечаются признаки неврологического неблагополучия: неврогенные или просто частые рвоты, аффективно-респираторные приступы, беспричинный подъем температуры и др. Подобные проявления, несомненно, не могут быть адекватно оценены психологом, но отмечаются им как факторы, осложняющие психическое развитие ребенка.

### **История развития ребенка от 3-х лет до 5-5,5-летнего возраста**

Основные разделы и показатели психологического анамнеза этого периода тождественны предыдущим. Так же отмечаются семейные и социальные условия, основные характеристики познавательного, в том числе речевого, эмоционального и моторного, развития ребенка, состояние его здоровья на этом этапе в целом.

В то же время необходимо отметить «ведущие» показатели развития ребенка в этот период, которые должны быть описаны и в случае выраженных особенностей детализированы. В любой последовательности должны быть освещены следующие особенности:

- длительность, тяжесть и особенности протекания «кризиса 3-х лет»;
- адаптированность в детском учреждении: умение ладить со сверстниками, возможность адаптации в детском коллективе, адаптация к требованиям социального окружения, наличие специфических реакций на посещение детского учреждения;
- особенности игры в целом как ведущей деятельности этого возраста. Для этого периода являются также характерными дальнейшая латерализация функций и начало становления ведущих органов чувств и конечностей. Имеет смысл расспросить, отмечалось ли ранее и имело ли место в этот возрастной период стойкое предпочтение ребенком той или иной руки. Должно быть выяснено также наличие фактора левшества или амбидекстрии (отсутствие стойкого предпочтения какой-либо руки или ноги) в семье или у других родственников.

### **История развития ребенка от 5,5 до 7-ми лет**

Следует оговориться, что в нашей стране придается особое значение старшему дошкольному возрасту, поскольку он рассматривается преимущественно как «подготовительный» к дальнейшему обучению в школе. Поэтому внимание как родителей, так и воспитателей детских дошкольных учреждений направлено преимущественно на когнитивное развитие детей.

Скорее всего, из-за несоответствия результатов развития ребенка успехам других детей или непохожести его на других этого возраста, наряду с младшим школьным, является самым «обращаемым» у родителей. Чаще всего они обращаются именно к психологу, а порой только в этом возрасте родители начинают замечать, что у ребенка имеются какие-либо проблемы психологического плана — от несформированности звукопроизношения до невозможности адаптации к правилам поведения. В этом плане сбор данных об особенностях развития ребенка в этот период его жизни, как правило, не представляет особого труда: родители достаточно хорошо помнят его.

Психолога в первую очередь должны интересовать проблемы, возникшие в этот период, или усугубление ранее намеченных трудностей как с точки зрения поведения, так и с точки зрения познавательного развития. Также важно отметить уровень так называемой «готовности» к школьному обучению, то есть знал ли буквы, умел ли читать слоги, был ли прямой счет до 10 и т.п. (в соответствии с конкретными требованиями образовательных учреждений региона, то есть социально-психологическим нормативом).

С другой стороны, психологу необходимо выяснить такие неспецифические особенности, как повышенная истощаемость и сниженная работоспособность, темповые особенности ребенка («торопыжка» или медлительный, пунктуальный), повышенная возбудимость и трудности регуляции собственного поведения на фоне или без явных признаков истощения, эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения, легкость перехода от смеха к слезам и наоборот).

Точно так же, как и для предыдущих периодов, важно отметить в предшкольном возрасте наличие частых респираторных заболеваний или обострение хронических, тяжелых инфекционных заболеваний, травм, хирургических операций, в той или иной степени повлиявших на психическое развитие ребенка.

### **Развитие ребенка в младшем школьном возрасте (от 7-ми до 10-11-ти лет)**

Отмечается характер протекания процесса адаптации к регулярному обучению (трудности адаптации, трудности поведения, непереносимость нагрузок) и собственно трудности овладения программным материалом по отдельным предметам базового школьного компонента. Необходимо отметить сроки и условия возникновения отмечаемых трудностей, например: невозможность работать в условиях обучения в классе, в ситуации увеличения объема нагрузки и темпа прохождения материала к концу 2-й четверти 1.-го класса по программе (1-3). Отмечается возникновение сопутствующих проблем (энуреза, тиков, заикания, выраженной двигательной расторможенности и неуправляемости) как наряду с вышеописанными проблемами, так и изолированно: в качестве реакции на начало регулярного обучения или в ситуации усугубления эмоционально-личностных проблем (например, возникновение тиков или заикания при устных ответах у доски перед всем классом в ситуации усугубления проблем адаптации ребенка в классе).

Безусловно, все эти проблемы могут возникнуть не только в начале обучения в школе, но и появиться «внезапно» на любом этапе обучения в начальной школе. Необходимо попытаться выяснить у родителей, какие, с их точки зрения, социальные или семейные события предшествовали или сопровождали возникновение такого рода проблем.

Психологу также следует приблизительно оценить влияние частоты пропусков занятий по болезни и общего состояния здоровья ребенка на нарастание проблем обучения и поведения, а также обратить внимание на наличие травм, госпитализаций и т.п. как возможных причин школьной дезадаптации.

С нашей точки зрения, история развития ребенка при возникновении проблем в подростковом возрасте, с одной стороны, может иметь определенную специфику, исходить из проблем развития в предшествующих возрастах и, таким образом, может быть отражена в предлагаемом психологическом анамнезе. С другой стороны, большая часть проблем подросткового возраста неотвратимо определяется спецификой социальной и семейной ситуации пред- и непосредственно подросткового периода. Проблематику подросткового возраста предполагается рассмотреть в отдельном издании серии.

### **3.2.2. Тактика проведения психологического обследования**

Прежде чем приступить к обследованию ребенка, психолог должен ознакомиться с уже имеющимися заключениями специалистов о состоянии ребенка (в основном — педагогическим, но если есть, то также логопедическим и медицинским). Следует обратить особое внимание на описание поведения

ребенка как на уроке (в группе), так и после, характеристику его работоспособности, его отношения со сверстниками, педагогами, воспитателями и родителями. По возможности выяснить у педагога (воспитателя) или родителей дополнительную информацию о семье и специфике внутрисемейных отношений, собрать дополнительные данные об особенностях раннего развития (см. предыдущий раздел).

Необходимо также отметить, что углубленное психологическое обследование (так называемое первичное обследование) ребенка проводится в следующих случаях:

— запроса педагогов (воспитателей), столкнувшихся в своей повседневной работе с какими-либо особенностями ребенка, вызывающими трудности в обучении или поведении, «неусвоении» школьной программы или программы подготовки к школьному обучению;

— жалоб родителей на особенности поведения или трудности воспитания ребенка, угрожающие, по их мнению, адекватной социальной и школьной адаптации;

— попадания данного ребенка в группу риска по социальной и школьной дезадаптации (поведенческой или учебной), определяемой по результатам скринингового обследования;

— когда наблюдения психолога на уроках или во внеурочной ситуации, в игровой или иной деятельности в группе детского сада позволяют предположить наличие знаков или симптомов отклоняющегося развития и возможной дезадаптации ребенка.

В последнем случае мы имеем в виду не только различные виды развития со знаком «-» (парциальной несформированности отдельных высших психических функций, задержанном развитии, искаженном или дисгармоничном развитии, развитии дефицитарном или поврежденном), но и общую или парциальную одаренность, какие-либо опережающие показатели развития (отклоняющееся развитие со знаком «+»).

Все сведения, полученные психологом от родителей или других лиц, пришедших с ребенком на консультацию, кратко записываются в виде *психологического анамнеза*. Одним из наиболее важных разделов психологического анамнеза (истории развития) являются, по нашему мнению, сведения о раннем психомоторном (от 0 до 2-х лет) и речевом развитии ребенка. В зависимости от жалоб со стороны близких ребенка, его воспитателей или педагогов, анамнестических данных, особенностей развития ребенка, в том числе выявленных другими специалистами, рисунка поведения ребенка строится *основная гипотеза* его психологического обследования.

В соответствии с этой гипотезой психолог предварительно определяет необходимый диагностический инструментарий. В дальнейшем, в зависимости от результатов выполнения тех или иных диагностических процедур, гипотеза проведения обследования может изменяться, точно так же будет меняться и подбор методик и тестов («правило Байеса»). Психолог должен владеть достаточным диагностическим арсеналом, чтобы иметь возможность гибко изменять ход обследования, минимизировать количество используемых психологических методик. При этом вовсе не обязательно жестко следовать конкретному порядку использования тех или иных диагностических методов. Важно сохранение общей структуры обследования и наиболее значимых «узловых» моментов. Например, исследование особенностей запоминания в обязательном порядке должно предшествовать исследованию мыслительной деятельности, а важные для выявления уровня интеллектуального развития ребенка методики (тест Дж. Равена, методика «Установление последовательности событий» и т.п.) подаются до наступления выраженного утомления.

Необходимо отметить, что каждый психолог вправе использовать те диагностические средства, которыми он владеет. Предлагаемые нами методики (Приложение 5) обеспечивают возможность углубленного исследования как всего спектра состояния высших психических функций и эмоционально-волевой сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста, так и оценки базовых составляющих психического развития.

Обследование ребенка желательно проводить в присутствии родителей (законных представителей). Однако в отдельных случаях (при определенных вариантах исследования родительско-детских отношений и других аналогичных обследованиях) присутствие родителей может существенно исказить результаты исследования. В отдельных случаях может быть получено разрешение родителей или опекунов на обследование в их отсутствие, о чем должна быть сделана запись в соответствующих документах, заполняемых на ребенка и его родителей. Такими документами могут стать, например, Карта развития ребенка или иные рабочие документы [25, 26].

Необходимыми условиями для проведения психологического обследования являются:

- помещение, оборудованное для индивидуальной работы;
- обязательное «освоение» ребенка в комнате, где проводится обследование;
- установление достаточного контакта ребенка с психологом перед проведением обследования;
- адекватность поощрения и стимуляции ребенка;
- относительность оценочных характеристик.

Непосредственно перед проведением обследования необходимо выяснить характер жалоб или «претензий» к ребенку, которые имеются у сопровождающих ребенка взрослых. Нежелательно, чтобы ребенок присутствовал при этом разговоре: он может в этот момент играть в другом углу комнаты, где проходит обследование, рисовать на свободную или заданную тему, знакомиться с обстановкой комнаты и т.п. Если у ребенка есть страхи, фобии, то подобный разговор должен происходить после знакомства ребенка со специалистом и обстановкой. Желательно, чтобы в комнате, где проходит обследование, не было предметов или какого-либо оборудования, которое могло бы отвлекать или напугать ребенка (яркие красочные плакаты, оригинальная мебель, стеклянные шкафы с медицинскими инструментами и т.п.). Также желательно выяснить перед обследованием, как ребенку хочется, чтобы его называл психолог, как его зовут дома, как он привык. Это дополнительно создает атмосферу доверия и теплоты. Ни в коем случае нельзя называть ребенка по фамилии.

В некоторых случаях, когда ребенок особенно непоседлив («гиперактивен»), отказывается от обследования, не входит в контакт, не следует заставлять его делать что-либо, объяснив, матери, что он негативно настроен, испуган и т.п. Имеет смысл отвлечься от ребенка, оставить его с самим собой на 10-15 минут для свободной игры. С некоторыми детьми, особенно трудно входящими в контакт, может помочь совместная игра (в мяч, какие-либо другие подвижные игры). В критических случаях имеет смысл приостановить обследование на этапе ознакомления, предложив родителям прийти в следующий раз.

При проведении обследования лучше, если ребенок находится не через стол от психолога (принцип избегания позиции «глаза в глаза»), а рядом или сбоку. В этом случае контакт устанавливается быстрее, общение легче. В то же время нельзя препятствовать ребенку, если он не захочет слезать с коленей матери — в этом случае целесообразно проводить обследование в данной позиции. В зависимости от создавшейся ситуации, возраста ребенка в некоторых случаях имеет смысл позиция психолога, когда его глаза находятся на одном уровне с глазами ребенка, особенно это плодотворно для установления и поддержания продуктивного контакта с детьми дошкольного возраста, а также с детьми, особенно трудно входящими в контакт.

**Категорически не допускаются какие-либо комментарии или оценки со стороны психолога, обращенные не только к родителям, но и к коллегам, присутствующим на обследовании.** Более того, психолог должен корректно пресекать все оценочные характеристики родителей в процессе обследования (типа «лопух», «неумеха» и т.п.). Кроме того, необходимо предупредить родителей, что не следует после окончания обследования, по дороге домой и т.п., высказывать критические замечания по поводу неуспеха ребенка или отказа от работы.

В процессе обследования необходимо поддерживать положительный настрой в контакте с ребенком. В случае любого выполнения задания нужно давать подкрепления короткими фразами: «Молодец!», «У тебя получается». В процессе обследования допускаются короткие невыраженные поощрения со стороны родителей. Расторможенного, гиперактивного ребенка нельзя одергивать «в лоб» — лучше убрать со стола посторонние вещи, методички, которые в данный момент не используются, чтобы они не отвлекали ребенка, сказав при этом (в качестве дополнительной мотивации): «А в это мы поиграем попозже». Не следует пресекать попытки обращения ребенка к взрослому. Можно лишь сказать: «Мама нам не может помочь».

Школьнику 8-9-ти и более лет в случае особо мешающих родителей или других родственников, присутствующих на обследовании (выказывающих выраженный контроль над деятельностью ребенка), можно предложить поговорить без родителей («Давай поработаем без мамы»).

Следует помнить, что *все* выделяющиеся особенности внешнего вида и поведения, выполнения заданий, взаимоотношений с родителями или другими взрослыми в процессе обследования являются сами по себе диагностическими и отмечаются в протоколе обследования. Позже они должны быть про-

анализированы и отмечены психологом в соответствующих разделах заключения. Так же диагностичным, непосредственно влияющим на результаты обследования, их оценку и эффективность процесса консультирования в целом является поведение родителей. Психологу необходимо в зависимости от ситуации критично относиться к любым заявлениям родителей, в особенности к высказываниям типа: «Это он все знает, дома все получалось, это только здесь не получается». Желательно для получения целостной картины обследования фиксировать все вышеуказанные особенности и учитывать их при формулировании психологического заключения и, в особенности, для выработки рекомендаций по дальнейшему развитию ребенка и помощи ему.

### 3.2.3. Технология проведения психологического обследования и его основные разделы

Даже при соблюдении всех условий проведения психологического обследования начинать совместную работу с ребенком лучше всего с «нейтральной», малозначащей беседы, во время которой не только устанавливается контакт с ребенком, но и можно выявить знания ребенка о себе, составе семьи, уровень общих представлений об окружающем мире. Можно просто попросить ребенка **нарисовать какой-нибудь рисунок**. В качестве такого рисуночного теста мы предлагаем два основных варианта: «Дом-дерево-человек» и «Рисунок семьи». Эти рисунки позволяют выявить не столько специфику внутрисемейных и эмоциональных взаимоотношений, сколько уровень сформированности самого рисунка (графической деятельности), соответствие его возрастным параметрам и наличие специфических особенностей, в том числе таких, как инертность рисунка, макро- или микрография.

Если есть возможность и время, мы рекомендуем наблюдать непосредственно за процессом рисования для того, чтобы видеть порядок рисования того или иного изображения, направление рисования, «застревание» на тех или иных деталях. Если нет времени наблюдать за рисованием ребенка, то целесообразно использовать этот отрезок времени для сбора психологического анамнеза, выявления и уточнения жалоб родителей либо просмотра рисунков или школьных тетрадей, которые принесли родители.

После того, как ребенок выполнил рисунки, психолог по очереди обращается к ним, задавая ребенку конкретные вопросы по каждому из рисунков. Беседа должна носить непринужденный характер. Психолог как бы «любопытствует» по поводу того, что нарисовал ребенок. Эта беседа о рисунках является логическим продолжением установления нормального рабочего контакта с ребенком. Кроме того, она очень информативна для анализа характеристик речевой деятельности.

Далее целесообразно исследование **объема и темпа слухоречевого запоминания**. Это объясняется тем, что все инструкции к заданиям (как вербальным, так и невербальным) подаются ребенку в речевой форме и очень часто бывает трудно определить, что произошло: ребенок не понял инструкцию или не сумел запомнить. Мы предлагаем для исследования различных параметров слухоречевого запоминания методику запоминания двух групп слов. Подобные группы слов можно подобрать самим, пользуясь общепринятыми законами выбора вербальных материалов для использования в психологическом обследовании, или взять из соответствующих пособий [8, 34]. В случае суженного объема слухоречевой памяти, наличия интерферирующих влияний делаются соответствующие поправки в использовании стимульных материалов и подачи инструкций. Последние даются в дробном виде, упрощаются, выносятся на предметный уровень. Это позволяет вычленивать реальные особенности развития других психических функций без влияния мнестических проблем.

Отметим только, что подобное исследование памяти дает максимальный объем необходимой для анализа информации и занимает минимальное количество времени.

Выявив особенности запоминания, целесообразно начать работу с ребенком с **исследования уровня понятийного развития**. Такое исследование базируется на использовании методики «Классификация предметов» в ее детской модификации (1-й вариант для детей от 3-х до 5-ти лет, 2-й вариант — от 5-ти до 8-ми лет) (Данная методика базируется на онтогенезе понятийного мышления в том виде, в котором это было предложено Л.С. Выготским. Серии для детей разного возраста разработаны Н.Я. Семаго в соответствии с воззрениями Л.С. Выготского и с учетом особенностей гнозиса современных детей) и стандартном варианте для детей после 8-ми - 9-ти лет, а также на использовании модифицированного авторского варианта методики Выготского-Сахарова (Является оригинальной модификацией классической методики Л.С. Выготского и разработана Н.Я. Семаго для детей 3-6-летнего возраста. В

совокупности с «детской классификацией предметов может показать реальную «зону ближайшего развития» ребенка) и методики «Исключение предметов» (4-й лишний) [8].

Для исследования уровня актуального понятийного развития предпочтительнее использовать методику «Классификация предметов», а для выявления особенностей мышления и изменения динамики мыслительной деятельности (наличие элементов разноплановости, опоры на латентные признаки при обобщении, соскальзывание и т.п.) — методику «Исключение предметов».

После этого необходимо сменить деятельность и предложить ребенку сложить картинку или узор. При этом мы исследуем у ребенка сформированность **пространственного анализа и синтеза** на наглядно-действенном уровне. Для этого целесообразно использовать «Разрезные картинки» (для детей младшего дошкольного возраста), а затем методику «Кубики Кооса» как более абстрактный вариант для исследования тех же параметров. При работе с детьми школьного возраста можно начинать это исследование непосредственно с методики «Кубики Кооса». При этом необходимо пользоваться вариантом тестового материала, где образцы узоров (картинок) проранжированы по сложности в соответствии с современными данными.

Исследование этих параметров является частью общего исследования сформированности **пространственных представлений** (как на невербальном, так и на вербальном уровнях) у детей дошкольного и младшего школьного возраста, поскольку дает представление о сформированности на том или ином уровне этой базовой составляющей психического развития (см. раздел 3.3.3.). Сформированность этих функций в большой степени определяют возможности ребенка в овладении чтением, письмом и счетом, умением решать задачи и сопоставлять явления и факты окружающего мира. Поэтому в некоторых Диагностических альбомах (Комплектах) [8, 22], которые получили распространение в последнее время, приведен широкий спектр исследований этой функции как на вербальном, так и на невербальном уровне.

В качестве завершающего этапа исследования сформированности пространственных представлений (исследование лингвистического пространства — пространства языка) необходимо оценить понимание **сложных речевых конструкций** и возможность их самостоятельного формирования, а именно — временных, пространственно-временных, квазипространственных и инвертированных речевых конструкций.

**Характеристики внимания и Сформированность произвольной регуляции собственной деятельности** анализируются (исследуются) фактически на протяжении всего обследования, в основном — путем анализа возможности удержания инструкций и программы выполнения того или иного задания. Однако для собственно «инструментального» исследования этих параметров можно использовать нижеописанные методы.

В первую очередь — это методы, направленные на исследование возможности **удержания двигательной программы**. Наиболее адекватными являются нейропсихологические методы [8, 16, 22, 26, 33, 34], которыми в необходимом объеме должен владеть каждый психолог. Исследование этих характеристик является необходимой частью оценки сформированности одной из базовых составляющих психического развития (см. раздел 3.3.3).

Для исследования **произвольного внимания, возможностей удержания вербальных инструкций, последовательности действий, произвольности собственно высших психических функций** наиболее адекватными являются Методика В.М. Когана в ее классическом варианте и бланковые методики, такие как Методика Пьерона-Рузера, Счет по Крепелину [8] и т.п. Необходимо учитывать, что параметры внимания могут значительно колебаться в зависимости от уровня утомления ребенка, степени заинтересованности в самом задании (мотивационный компонент), отношения к взрослому (эмоционально-личностный компонент). Для того, чтобы выявить эти характеристики и влияние на них фактора утомления, можно бланковые методики такого плана давать дважды: в начале психологического исследования и в фазе выраженного утомления. В этом случае при анализе результатов необходимо описать динамику изменения операциональных характеристик деятельности.

Учитывая необходимость смены вида деятельности в качестве «отдыха», между наиболее трудоемкими и утомительными заданиями по Методике В.М. Когана, Прогрессивным Матрицам Равена, Стандартной классификации, Счету по Крепелину и т.п. можно включать лично ориентированные методики, время выполнения которых не превышает 10-12 минут. В качестве таких методик можно

предложить тест «Рука», методики: СОМОР, ЦТО, «Контурный С.А.Т.-Н», «Эмоциональные лица», «Метаморфозы» (Эти методики были модифицированы и разработаны для детей дошкольного и младшего школьного возраста Н.Я. Семаго ж. Школа здоровья. Т. 5, 1998, №№ 3-4. Т. 6, 1999, №№ 1, 2,4) и другие достаточно короткие, «разгрузочные» методики. Таким образом, **исследование эмоционально-личностных особенностей** будет органично включено в процесс обследования.

Такая система построения психологического обследования позволяет определить взаимосвязи различных характеристик деятельности и осуществить тем самым интегративное понимание проблем и особенностей ребенка.

Точно так же в отдельные промежутки между сложными, трудоемкими методами обследования целесообразно включать исследования **особенностей моторики** (как мелкой, так и общей) и **определение ведущих руки, ноги, а также ведущего глаза и уха**, вне зависимости от того, упоминалось или нет близкими наличие семейного левшества или «двурукости».

Для этого проводятся пробы на способность делать ритмические и координированные движения (например, марширование или бег на месте), в том числе и реципроктные координации. Особое внимание уделяется исследованию сформированности мелкой моторики (пробы на скоординированные движения пальцев, манипуляция с мелкими предметами, в том числе с ручкой и карандашом), а также моторным навыкам в графической деятельности (рисунок, лепка, аппликация, владение ножницами). У детей дошкольного возраста проверяется сформированность бытовых двигательных навыков (застегивание пуговиц, шнуровка ботинок и т.п.). Желательно отслеживать эти характеристики на протяжении всего обследования. Определяется соответствие или различие между рукой, которой ребенок рисует, ест, пишет и т.п., и выявленными ведущими: рукой, глазом, ухом.

При необходимости более детального исследования **мнестической деятельности** логично использование методик, направленных на определение объема и особенностей зрительного и тактильного запоминания. Возможно также использование сенсibilизированных проб для исследования специфики слухоречевого запоминания (влияние гомогенной или гетерогенной интерференции на процесс запоминания, возможность и объем удержания в памяти коротких текстов).

Исследование непосредственно самой **мыслительной деятельности** целесообразно начинать с исследования доступности **опосредования**, то есть употребления «средства» для запоминания. В рамках интегративной психологической диагностики подобные методики используются в первую очередь для оценки параметров интеллектуальной деятельности, а также для оценки мнестической функции ребенка (различия в объеме непосредственного и опосредованного запоминания). В качестве диагностических средств наиболее адекватны методика опосредованного запоминания по А.Н. Леонтьеву (для детей до 7-8-летнего возраста) и методика пиктограмм (для детей с достаточно сформированной графической деятельностью после 8-летнего возраста).

Уже на этом этапе при возникновении трудностей опознания тех или иных изображений целесообразно исследование особенностей собственно **гностических функций**, поскольку исследование гнозиса в таком обследовании не является обязательным (в соответствии с принципом построения гипотезы обследования). Оно проводится в том случае, если психолог обнаруживает какие-либо трудности в восприятии (понимании и/или описании) ребенком зрительных изображений на любом стимульном материале, используемом специалистом на предыдущих этапах обследования. Все стороны восприятия (зрительного, слухового, тактильного и т.п.) являются предметом нейропсихологического исследования, направленного на постановку топического диагноза и/или выявление специфики межфункциональных взаимодействий. В то же время детский психолог должен иметь представление о специфике нейропсихологического обследования и уметь проводить отдельные пробы. В частности, исследование особенностей зрительного восприятия проводится на жестко формализованном, специально созданном для подобных целей исследовании материале [8,22].

Исследование **особенностей наглядно-действенного, наглядно-образного и логического мышления** целесообразно проводить с чередованием вербального и невербального тестового материала. Наиболее удобны как по форме и времени предъявления, так и по анализу результатов для этих целей следующие методики: «Прогрессивные Матрицы Равена» (стандартные цветной и черно-белый варианты), простые аналогии, парные аналогии (в том числе и невербальные), выделение существенных

признаков, понимание метафор, пословиц, рассказов со скрытым смыслом, составление рассказа по серии сюжетных картинок, решение «конфликтных» задач, задач Пиаже [8,22] и т.п.

Дополнительно в качестве невербального тестового материала для этих же целей удобно пользоваться методикой «Кубики Кооса» и сложными вариантами «Досок Сегена» и их аналогов (ящик форм, различные вкладыши и т.п.). Безусловно, двукратное использование методики Кооса не требуется, а просто для оценки характеристик мышления должны быть учтены результаты исследования пространственного анализа и синтеза. Точно так же возможно использование этой методики для исследования **уровня притязаний**.

**В случае, если в соответствии с гипотезой обследования необходимо выявить изменения динамики мыслительной деятельности,** непоследовательность мышления, соскальзывания, кроме методики «Исключение предметов», возможно использование методик «Сравнение понятий», «Свободные ассоциации», а также анализ всего поведения и вербальной продукции ребенка (наличие резонерства и т.п.).

Специального исследования **речи** ребенка можно не производить, а просто анализировать его высказывания, услышанные в процессе обследования: их активность, развернутость, грамотность, словарный запас и т.п. (то есть то, что должен оценить психолог).

Признаки дисфункции аффективной сферы у детей с различными вариантами дизонтогенеза описываются в жалобах родителей или педагогов либо как симптомы эмоциональной лабильности (быстрая пресыщаемость, нестойкость аффекта, поверхностность переживаний, внушаемость, непосредственность, легкая откликаемость на внешние раздражители), либо как выраженная стойкость и сила аффекта, вязкость, инертность переживаний, расторможенность влечений, упорство при удовлетворении своих желаний, негативизм, агрессивность. Поэтому исследование **эмоционально-личностных особенностей** ребенка целесообразно начинать с изучения *Истории развития ребенка* (см. раздел 3.2.1.). Эти сведения дополняются не только результатами тестирования, но и наблюдением в процессе всего психологического обследования, специально организованным наблюдением за ребенком в реальной жизни или в моделируемых (в частности, в процессе групповой или индивидуальной работы психолога) ситуациях [В практической работе хорошо известны случаи, когда требуется получить дополнительные сведения о ребенке, а сбор анамнеза затруднен, но уже выявлены определенные характеристики состояния уровней базальной аффективной регуляции. В этом случае с целью более четкого определения типа дисфункции преимущественно того или иного уровня мы предлагаем при наблюдении за ребенком использовать созданную Т.Н. Павлий (1997) с учетом концепции уровневого строения аффективной регуляции поведения [18,35] Карту наблюдений за поведением ребенка. Переструктурировав Карту в соответствии с представлениями о гипо- или гиперфункции каждого из уровней аффективной регуляции, мы полагаем целесообразным ее использование при анализе особенностей поведения детей с различными вариантами дизонтогенеза (Приложение 4)].

Для углубленного исследования этих характеристик можно использовать достаточно длительные по времени проведения лично ориентированные методики в том случае, если ребенок не проявляет выраженных признаков утомления. К таким методикам можно отнести Фрустрационный тест Розенцвейга, САТ (Детский апперцептивный тест), другие методики исследования межличностных и детско-родительских отношений (в том числе и в виде опросников).

Оценки взаимоотношений ребенка в детском коллективе, со взрослыми, другие социометрические исследования, необходимые для школьного психолога, могут быть получены с помощью специального анализа результатов выполнения таких методик, как СОМОР, Цветовой тест отношений (ЦТО), других проективных или опросниковых методов исследования. При выборе методов обследования эмоционально-личностной сферы и межличностных отношений необходимо помнить, что методы, построенные по принципу опросников, не рекомендуется использовать для детей младше 7-8-ми лет. Точно так же Цветовой тест М. Люшера в стандартном 8-цветовом варианте не может быть использован для детей младше 12-13-ти лет.

Завершающей частью обследования должна стать обязательная положительная оценка деятельности ребенка со стороны специалиста. Можно расспросить ребенка, в особенности младшего школьного и подросткового возраста, о наиболее понравившихся и наиболее неприятных моментах обследования. Это позволяет получить дополнительные сведения не только о критичности ребенка, но в ряде слу-

чаев хорошо характеризует и мотивационный аспект его деятельности, обеспечивает психологу дополнительную информацию при анализе ведущего типа мотивации. Точно так же можно расспросить ребенка, не были ли ему неприятны какие-либо из задаваемых вопросов или обсуждаемых тем. Ответы на эти вопросы также помогут при анализе эмоционально-личностных особенностей ребенка, а в некоторых случаях и объяснят его скованность, особенности работы с проективными методами исследования.

Длительность подобного углубленного обследования обычно занимает от 1 часа до 1 часа 40 минут в зависимости от темпа деятельности ребенка, его возраста и других условий (ориентировочные нормативы времени для различных составляющих психологического обследования и видов работ приведены в Приложении 6А.). В ситуации, когда психологу очевидно снижение работоспособности ребенка, общего уровня психической активности, а также темповых характеристик и/или проявления негативизма, отсутствие интереса к заданиям, целесообразно либо сократить процедуру обследования, либо «разбить» всю работу на два приема.

Технология и тактика диагностической работы с детьми младшего дошкольного возраста, безусловно, имеет свою специфику и будет приведена в соответствующем издании.

### **3.3. Анализ результатов психологической диагностики**

#### **3.3.1. Общие замечания по проведению анализа**

Спецификой анализа результатов психологического обследования является выделение наиболее существенных показателей, характеризующих развитие и психический (психологический) статус ребенка на момент обследования, то есть определение актуальных характеристик развития ребенка, определяющих особенности формирования отдельных психических функций (в том числе особенности отклоняющегося развития этих функций) в их взаимосвязи и соотношении друг с другом.

Анализ результатов является промежуточным этапом между непосредственным обследованием (заполнением протокола или нескольких протоколов в ходе проведения различных диагностических процедур) и формулированием, составлением обобщающего заключения по результатам психологического обследования. Последнее должно содержать в достаточно краткой форме самое главное, что необходимо знать о ребенке, чтобы адекватно оценить его состояние и, с одной стороны, определить образовательный маршрут, индивидуализировать программу его обучения, с другой — создать общий сценарий необходимой дополнительной развивающе-коррекционной работы как психолога, так и других специалистов.

Итогом такого обобщающего заключения, помимо описанных рекомендаций, является соответствующий особенностям развития ребенка *психологический диагноз*, а также (на основе этого диагноза) вероятностный прогноз дальнейшего развития ребенка. Подобный прогноз, естественно, должен учитывать разные варианты условий (образовательных, лечебно-оздоровительных социокультурных и т.п.), благоприятных или неблагоприятных для дальнейшего развития.

Следует отметить, что анализ результатов представляет собой систему «размышлений специалиста над протоколами» и не требует какой-либо специальной фиксации в виде дополнительных документов. В некоторых случаях, особенно при отсутствии достаточного опыта, возможна запись основных моментов анализа для создания четкой его структуры. Результатом, «кристаллизацией» такого анализа всегда является заключение, как бы обобщающее размышления психолога. В то же время оправдала себя на практике, оказалась достаточно эффективной и удобной предлагаемая нами примерная схема такого анализа.

Поскольку подробные схемы анализа для детей различных возрастных групп уже приводились нами [26], в настоящем пособии описана схема в ее обобщенном виде.

#### **3.3.2. Общая схема анализа результатов углубленного психологического обследования**

##### *Поведение ребенка в процессе обследования*

Описывается специфика поведения ребенка в процессе работы с психологом: принятие ситуации обследования или совместной игры, особенности вступления в контакт, ориентированность на взрослых и их реакции или на самостоятельную работу, критичность к результатам выполнения того или иного задания. Отмечается темп работы ребенка, характеристики его работоспособности. Анализируется заинтересованность в правильном выполнении заданий, ведущий тип мотивации. Обязательно отмечаются проявления элементов негативного отношения к самому обследованию или ко взрослым или только к определенным видам «работы», а также характер взаимодействия со специалистом.

Сведения об игре ребенка психолог получает из анамнестической части Карты развития, задавая интересующие его вопросы о характере игры (самостоятельной, групповой). **Игра оценивается как с позиции ее возрастной соотнесенности, так и с точки зрения ее проективности.** Возможен анализ характера игры в процессе обследования. Оцениваются творческие и эмоциональные ее характеристики, особенности использования тех или иных игровых материалов либо отсутствие игрового компонента деятельности (как в процессе обследования, так и по описаниям родителей или воспитателя).

#### *Характер деятельности*

Оцениваются возможности целенаправленной деятельности ребенка, сосредоточения его на конкретном задании (игре). Отмечается импульсивность в выполнении заданий или, наоборот, инертность или ригидность способа действия при выполнении того или иного задания (игры), степень ориентации на родственников, а также возможность критически отнестись к результатам выполнения того или иного задания, адекватность реакций на неуспех или похвалу. Обязательно отмечаются изменения характера и стиля деятельности на фоне признаков утомления.

#### *Работоспособность*

В процессе всего обследования отмечаются колебания работоспособности, время, в течение которого ребенок может достаточно **продуктивно и целенаправленно** работать, отмечаются проявления усталости, изменения темповых характеристик деятельности (например, возникновение импульсивности или резкой расторможенности). Также отмечаются изменения эмоционального фона (проявления плаксивости, неадекватного смеха, негативизма как результата утомления).

#### *Моторная ловкость*

Анализируется в первую очередь общая моторная ловкость, «уклюжесть» ребенка: способность делать ритмические и координированные движения, марширование, бег на месте, различные виды прыжков, а также умение бросать и ловить мяч, играть в «ладушки» (перекрестные поочередные движения) и т.п. Анализ этих характеристик дает возможность оценить такой уровень произвольной регуляции, как произвольность двигательной сферы.

Особое внимание уделяется анализу сформированности мелкой моторики (скоординированным движениям пальцев, манипуляциям с мелкими предметами, а также моторным навыкам в графической деятельности: соотносительные размеры отдельных частей рисунка или письма, характер прорисовки линий, их четкость и «твердость»). Здесь необходимо отметить такие важные особенности, как умение делать мелкие, точные движения на бытовом уровне (застегивание пуговиц, шнуровка ботинок и т.п.).

*Определение доминантности функционирования парных органов чувств. Выявление ведущей руки, ноги, глаза, уха*

Эта информация имеет важное значение для анализа причин как несформированности пространственных представлений, так и следствий этого: нарушений чтения, письма и счета в начальной школе. Определяется ведущие рука, нога, ухо, глаз по имеющимся в арсенале специалиста методам; при этом оценивается соответствие или различие между рукой, которой ребенок рисует, ест, пишет и т.п., и выявленными ведущими — рукой, глазом, ухом.

#### *Особенности внимания*

Анализируются особенности (трудности) сосредоточения, переключения и распределения внимания по ряду признаков в заданиях игрового характера, связь устойчивости внимания с объемом восприятия (например, значительные трудности сосредоточения при увеличении объема стимульного материала) и временем работы ребенка, а также временем суток и разных посторонних шумов и помех, наличие флуктуации внимания и характер изменения его на фоне утомления, возбуждения или негативизма ребенка. Эти параметры дают нам информацию, в том числе и об уровне сформированности произвольной регуляции ВПФ.

#### *Характеристика речи*

При оценке речевых параметров психолог должен отметить (не присваивая себе прав на логопедическое обследование) речевую активность (слабая, адекватная, чрезмерная), качество звукопроизношения, объем активного и пассивного словаря и разницу между этими объемами. Анализируется степень развернутости речевого высказывания, наличие аграмматизмов, наличие в речи так называемых «детских» слов («бибика» и т.п.). Необходимо особое внимание обратить на сформированность диало-

гической речи в режиме «вопрос — ответ», степень развернутости ответов, а также трудности инициации речевого высказывания, латентность (отсроченность) ответов.

Следует обратить внимание на эмоциональность высказываний, их адекватность, соотнесенность с содержанием высказывания.

Все характеристики оцениваются с учетом микросоциальной речевой среды, в которой растет ребенок (двухязычие, нарушения речи и/или слуха у родителей, особенности речи родителей, людей, проживающих с ребенком).

#### *Сформированность социально-бытовой ориентировки*

Определяется уровень сформированности знаний об окружающем мире, в том числе о родственниках, их родственных отношениях и т.п. Кроме того, выясняются знания ребенка о настоящем (возраст, адрес или место проживания, имя, отчество воспитателя, родителей и т.п.). Выявляется сформированность представлений об относительной величине, цвете предметов как на теоретическом, так и на действительном уровнях.

#### *Особенности мнестической деятельности*

Анализируются объем непосредственной слухоречевой памяти, скорость запоминания, полнота отсроченного воспроизведения, наличие привнесенных или видоизмененных стимулов как в непосредственном, так и в отсроченном воспроизведении.

Оценивается возможность опосредованного запоминания с помощью доступных для ребенка методов, сопоставляется объем материала, запоминаемого опосредованно и непосредственно. Определяется наличие фактора интерференции (про- и ретроактивной формы), способности к удержанию последовательности ряда стимулов. При необходимости строится кривая запоминания, определяются особенности зрительной, тактильной, двигательной, других видов памяти.

**Примечание.** Непосредственно перед началом исследования высших психических функций целесообразно выявление объема слухоречевой памяти, а также способности к удержанию ряда слухоречевых стимулов и влияния фактора интерференции мнестических следов на восприятие усвоенного материала. Это необходимо сделать для тактики подачи инструкций психологом в условиях выраженного сужения объема слухоречевого запоминания.

#### *Сформированность представления о пространственных и временных отношениях*

Оцениваются знания ребенка о взаиморасположении объектов в пространстве, правильный показ или правильное употребление предлогов и слов, обозначающих пространственные отношения, на конкретных предметах (см. раздел 3.3.3.), называние ребенком наиболее часто употребляемых предлогов, сформированность представлений ребенка о некоторых временных соотношениях. Анализируются возможность актуализации сериальных (автоматизированных) рядов (времена года, месяцы, дни недели, время суток, в том числе и в варианте «что перед?..», «что после?..»), возможность создания сравнительных степеней прилагательных (*близко — ближе, темно — темнее* и т.п.), понимание и формирование квазипространственных характеристик.

#### *Гнозис*

Одним из основных показателей анализа является оценка сформированности **зрительного гнозиса**, особенностей восприятия отдельных деталей или целостной картины в целях дифференциации невозможности воспринять предложенные рисунки (в том числе последовательность событий, сюжетные картинки и т.п.) или невозможности выполнить предложенные задания с тем же стимульным материалом, для определения причин ошибок при работе с материалом тетрадного и учебного листа. Анализируется специфика зрительного восприятия изображений, в том числе сюжетных картин, графических стимулов, специальных «зашумленных» или недорисованных предметов.

#### *Интеллектуальное развитие*

При условии сформированности зрительного гнозиса, достаточности объема слухоречевой памяти, отсутствии интерферирующих влияний определение уровня актуального интеллектуального развития и анализ результатов работы с методиками, направленными на исследование интеллектуальной сферы, производится стандартным способом в соответствии с методическим обеспечением психолога и возрастной соотнесенностью каждой конкретной методики. Определяется уровень сформированности (его соответствие возрасту) наглядно-действенного, наглядно-образного, логического мышления, пони-

мание рассказов со «скрытым» смыслом, метафор, поговорок, осознание причинно-следственных отношений, умение обобщать, прогнозировать, креативность мышления и т.п.

Обязательно отмечаются такие специфические характеристики мышления, как самостоятельность, активность, абстрактность или оригинальность. Учитываются особенности и характерные черты мыслительной деятельности ребенка: критичность мышления, возможность опосредования, а также изменение динамики мыслительной деятельности, «соскальзывания» в процессе мышления, инертность, ригидность процесса мышления и т.п.

Анализируется в целом развитие обобщающей функции (уровень понятийного развития).

#### *Конструктивная деятельность*

Оцениваются возможности конструирования аналогичных образцу объектов (на любом материале), сформированность системы анализа частей сложных объектов, характер восприятия целостности объекта.

Определяется сформированность представлений об относительном размере фигуры, ее форме, пространственных соотношениях частей объекта (плоскостных и объемных). Оценивается возможность анализа пространственных отношений. Учитывается характер творческих работ ребенка, выполненных на уроках труда, рисования, домоводства, их соотношенность с возрастными нормативами.

#### *Развитие графической деятельности, рисунок*

Рисунок оценивается только с позиций сформированности графической деятельности в соответствии с возрастными этапами развития рисунка — степень овладения основными формами. Отмечается, на какой стадии находится рисунок ребенка, а также возраст возникновения содержательного рисунка.

Особая оценка рисунка как проекции личностных особенностей может анализироваться в плане цветовой гаммы, относительной величины фигур и их взаиморасположения, а также наличия зачеркиваний, зарисовываний и стираний. Более глубокий проективный анализ в данном случае не предусматривается.

#### *Исследование эмоционально-личностных особенностей ребенка*

Помимо анализа заинтересованности ребенка в выполнении заданий на протяжении всего обследования, его реакций на успех или неудачу, адекватности этих реакций, необходимо отметить такие особенности ребенка, как признаки аффективной расторможенности, негативизма. По результатам выполнения заданий и общему «рисунку» поведения оценивается наличие аффективных реакций, их выраженность и адекватность, в том числе в конфликтных и фрустрирующих ситуациях. Полученные в процессе обследования результаты анализируются с точки зрения наличия страхов, опасений, состояния эмоционального напряжения, а также должны быть проанализированы ситуации, вызывающие указанные феномены. В этом же направлении анализируются и рисунки ребенка. Именно здесь может быть произведена проективная трактовка рисунка ребенка.

Все эти показатели должны быть оценены с точки зрения соответствия их социально приемлемым нормам и формам выражения; следует также отметить сферы деятельности, где эти характеристики «выходят» за социально-нормативные пределы.

Необходимо уточнить общую характеристику направленности интересов ребенка (на игру или общение, на материальные удовольствия: «что-либо съесть», «поймать», эгоистические тенденции), проанализировать роли, выбираемые им, в том числе быть опекаемым или, наоборот, опекать. Определяется степень сформированности самооценки и уровня притязаний, возможность адекватной оценки своих результатов, критичности.

Подобный анализ проводится с целью определения сформированности уровней аффективной регуляции (одна из базовых составляющих психического развития), их возможной дисфункции. У детей более старшего возраста можно выявить приобретенные интересы и их свойства (направленность, активность, постоянство, глубину, разносторонность), ценностные ориентиры.

Необходимо отметить (в том случае, если это имеет место) такие неспецифичные для возраста ребенка личностные особенности, как излишняя погруженность в себя, «мудрствование» и «философствование», выхолащивание речевых и в особенности эмоциональных высказываний, трудности эмоциональных дифференцировок или эмоциональная уплощенность

Одной из важных характеристик, анализируемых психологом, должно быть выявление характера привязанности к матери и другим родственникам, эмоциональное восприятие себя и других членов се-

мы, а также поведение ребенка среди сверстников, особенности формирования коммуникативных навыков, общения в целом.

Оценивается отношение к педагогам (воспитателям), другим взрослым. Важным показателем анализа является выявление тенденции к лидерству или конформности, адекватность стиля общения личностным особенностям (например, выраженные тенденции к лидерству у незрелого, импульсивного ребенка, конфликтующего со сверстниками, как неадекватный стиль взаимодействия).

Как уже указывалось, оценка и анализ деятельности ребенка с точки зрения особенностей формирования именно **базовых предпосылок психической деятельности** и их влияния на дальнейшее развитие ВПФ является основой для формирования программ коррекционно-развивающей работы психолога в структуре психолого-педагогического сопровождения.

Поэтому нам представляется логичным изложить далее, каким образом оценивается сформированность базовых составляющих в рамках единого диагностического обследования ребенка.

### **3.3.3. Оценка сформированности базовых составляющих (предпосылок) психического развития ребенка**

Исследование и анализ базовых составляющих определяется общими закономерностями их развития, приведенными в разделе 1.3. Подобная оценка является одним из основных результатов диагностической деятельности психолога и в значительной степени определяет постановку каузального психологического диагноза, позволяет сделать вероятностный прогноз дальнейшего развития ребенка.

Основным параметром такой оценки является выявление уровня развития той или иной составляющей, который «достаточен», и, соответственно, качественная оценка других, высших с точки зрения их сформированности. Таким образом, мы можем оценить тот уровень, на котором произошел «сбой» в развитии, и определить «исходную точку» и объем работы с базовыми составляющими для их дальнейшего гармоничного формирования и развития.

Это дает возможность реально «опредметить» «зону ближайшего развития» ребенка и, как уже отмечалось, «привязать» ее к границе между уже «созревшими и еще созревающими процессами», в соответствии с представлениями Л.С. Выготского. Это же позволяет наиболее полно использовать принцип замещающего развития для построения адекватной программы работы с ребенком.

Естественно, что каждый возрастной период характеризуется собственными особенностями и показателями сформированности базовых составляющих как при условно нормативном развитии, так и в ситуации отклоняющегося развития. Поэтому в данном пособии мы приводим только общую схему оценки и анализа уровневого строения базовых составляющих. Технологии подобной оценки для различных возрастных периодов будут рассмотрены в соответствующих изданиях серии.

*Методическим инструментарием* для оценки базовых составляющих являются общеизвестные психологические методики. Диагностический комплект для исследования особенностей развития познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста [8], отдельные проективные методики для детей дошкольного и младшего школьного возрастов, Карта для наблюдения за поведением ребенка (Приложение 4), а также методы оценки и диагностики сформированности регуляторных функций.

#### *Сформированность произвольной регуляции психической активности*

Оценка сформированности произвольной регуляции психической активности производится последовательно на уровнях:

- произвольной регуляции двигательной активности;
- произвольной регуляции (произвольности) высших психических функций;
- произвольной эмоциональной регуляции.

#### *Уровень произвольной регуляции двигательной активности*

Оценка сформированности произвольной регуляции двигательной активности должна учитывать закономерности нормативного развития двигательной активности ребенка.

Здесь необходимо последовательно оценить возможности:

1) совершать произвольные крупные движения отдельными частями тела (в том числе отдельными конечностями, попеременное напряжение — расслабление каждой конечности и т.п.) в соответствии с заданием;

2) произведения серии последовательных движений (удержание двигательной программы) с переходом от головы и шеи к нижним конечностям (цефало-каудальный закон), от шеи и плеч к кистям и отдельным пальцам и, соответственно, от колен к пальцам ног (проксимо-дистальный закон). Исследование произвольной регуляции собственных движений на подуровне двигательных программ заканчивается оценкой удержания двигательных программ для кистей рук и пальцев с использованием известных нейропсихологических проб;

3) регуляции силы мышечного тонуса по типу «сильное», «среднее», «слабое» также в соответствии с законами развития движений: от мышц головы и шеи к мышцам туловища и далее — к мышцам нижних конечностей; от мышц шеи и плеч к предплечьям, кистям, пальцам и, соответственно, от мышц бедер — к пальцам ног.

Необходимо отметить, что данная последовательность оценки имеет лишь содержательную направленность, но не обязательно должна быть жестко выдержана данная/последовательность проведения.

#### *Произвольность высших психических функций*

Анализируется возможность целенаправленной организации собственной деятельности в определенном «русле» (мнестические процессы, речемыслительная деятельность и т.п.) или произвольной регуляции ребенком своей познавательной деятельности, в том числе и возможность ограничения (или даже прекращения) собственной деятельности. В этом плане необходимо исследовать в первую очередь возможность удержания программ познавательной деятельности, заданных извне или созданных самим ребенком.

Подобная регуляция может быть сформирована несколько лучше, чем произвольность двигательной активности, в силу речевого опосредования и, наоборот, может значительно страдать из-за отсутствия такого опосредования, в том числе и в случаях парциальной несформированности речевого развития. Прежде всего анализируется возможность:

- удержания инструкции;
- запоминания (непосредственного и опосредованного);
- внимания на протяжении определенного промежутка времени;
- распределения внимания по ряду признаков одновременно;
- удержания программы выполнения заданий невербального или вербального характера (эту оценку эффективнее всего проводить при работе с «серийными» заданиями, такими как Прогрессивные Матрицы Равена, составление последовательности сюжетных картин, серии простых и сложных аналогий и т.п.)

— создания собственной программы выполнения какого-либо задания. Безусловно, при этом необходимо учитывать и стиль деятельности ребенка в зависимости от сложности предлагаемых заданий, их изменения на фоне утомления и т.п.

#### *Произвольность эмоциональной регуляции*

В данном случае специального исследования произвольной регуляции не предусматривается. Оценка сформированности эмоциональной регуляции может быть произведена посредством наблюдения за эмоциональными реакциями как в процессе обследования, так и наблюдения за игрой ребенка, а также при анализе жалоб родителей, изучении истории развития (анамнеза). Оценивается наличие или отсутствие импульсивности, степень выраженности импульсивных реакций, умение сдерживать и анализировать свои эмоции, переживания и поведение (в том числе и речевой активности).

#### *Сформированность пространственных и пространственно-временных представлений*

Сформированность пространственных, квазипространственных и пространственно-временных представлений определяется в соответствии с выделяемыми четырьмя уровнями (и подуровнями), которые оцениваются в той последовательности, в какой они формируются и «выстраиваются» в онтогенезе (безусловно, следует отметить, что эти уровни не просто «надстраиваются» друг над другом в процессе развития, но пересекаются во времени, как бы перекрывая друг друга).

Последовательно выявляется Сформированность:

- пространственных представлений о собственном теле;
- пространственных представлений о взаимоотношении внешних объектов и тела;
- уровня вербализации пространственных представлений;

— лингвистических представлений.

#### *Пространственные представления о собственном теле*

Анализируется сформированность представлений ребенка о пространственных взаимоотношениях частей собственного тела:

- по отношению к собственному лицу;
- по отношению к телу в целом;
- по отношению к руке.

Существуют более или менее сенсбилизированные варианты исследования подобных представлений, равно как и облегченные варианты, включающие зрительную поддержку, тактильные ощущения и иные межанализаторные взаимодействия.

#### *Пространственные представления о взаимоотношении внешних объектов и тела*

Оценка данных пространственных представлений проводится на действенном уровне, по инструкции взрослого. Анализ взаиморасположений объектов в пространстве проводится в соответствии с основными осями тела:

- взаиморасположение объектов и тела по вертикальной оси;
- взаиморасположение объектов и тела по горизонтальной оси (вперед и назад от тела);
- взаиморасположение объектов и тела в направлении вправо/влево от основной оси.

#### *Уровень вербализации пространственных представлений*

Оценивается возможность использования в собственной речи предлогов и простых предложных конструкций. Оценка проводится в последовательности и логике возникновения их в онтогенезе. Анализируется понимание и использование предлогов в отношении к собственному телу, далее на конкретных объектах (возможность называния взаимоотношений предметов в пространстве), понимание и использование предлогов и слов, отражающих пространственные взаимоотношения объектов в образном плане. Последовательность анализа та же, что и на предыдущем уровне, а сама процедура должна предшествовать выполнению заданий на действенном уровне. Часто анализ *пространственных представлений о взаимоотношении внешних объектов и тела* и *уровня вербализации пространственных представлений* возможен после «единой» процедуры.

#### *Лингвистические представления (пространство языка)*

Оцениваются понимание и возможность оперирования сложными речевыми конструкциями, квазипространственными (в том числе пространственно-временными и причинно-следственными) представлениями:

- возможность словообразования;
- формирование сравнительных степеней прилагательных;
- подбор антонимов и синонимов;
- формирование и понимание пассивных речевых конструкций;
- оперирование пространственно-временными и причинно-следственными представлениями;
- решение задач с косвенным вопросом. Последнее может быть адекватно исследовано лишь у детей школьного возраста.

#### *Сформированность уровней аффективной регуляции*

В соответствии со строением системы базовой аффективной регуляции должна быть проведена оценка сформированности всех 4-х уровней:

- уровня полевой реактивности;
- уровня аффективных стереотипов;
- уровня аффективной экспансии;
- уровня эмоциональной регуляции.

Кроме того, необходимо выявить и проанализировать характер нарушения взаимодействия существующих уровней, особенности закрепившихся патологических гиперкомпенсационных механизмов, определить целостный синдром аффективной дезадаптации. Основным методом, используемым для оценки структуры и сформированности уровней, является метод наблюдений.

В первую очередь он ориентирован на анализ поведения, эмоциональных реакций, способов реагирования ребенка в различных жизненных ситуациях. В этом смысле наиболее удобной для анализа описываемых характеристик является схема, разработанная на основе анкеты Т.Н. Павлий (Приложение

4). В ней каждый из четырех уровней анализируется с точки зрения гипо- или гиперфункционирования, что дает возможность представить как бы «профиль» строения аффективной регуляции и, уже опираясь на него, создавать программу по гармонизации общего профиля или гармонизации уровней.

При этом для анализа качественного строения уровней аффективной регуляции возможно использование таких психологических личностно-ориентированных методик (в том числе модификаций), как фрустрационный тест Розенцвейга, методика СОМОР, тест «Рука», методика «Контурный С.А.Т.-Н», Цветовой Тест Отношений (ЦТО), методика «Метаморфозы», методика «Эмоциональные лица» и др. Точно так же результаты, полученные с помощью всех этих методов исследования, должны быть проанализированы с точки зрения гипо- или гиперфункционирования каждого из уровней аффективной регуляции поведения и сознания.

### **3.4. Технология составления заключения по результатам психологического обследования**

#### **3.4.1. Общие положения**

После анализа полученных данных, оценки уровня актуального развития, состояния ВПФ, а также анализа поведения ребенка в целом и сформированности базовых составляющих психического развития составляется обобщенное заключение по результатам анализа. Подобное психологическое заключение может быть написано либо в свободной форме, либо психолог может воспользоваться приведенной ниже схемой составления заключения.

**Общая структура схемы заключения предполагает следующие разделы:**

#### **I. Общая часть заключения**

1. Основные паспортные данные ребенка.
2. Основные жалобы родителей, педагогов, других лиц, которые сопровождали ребенка на консультацию.
3. Раздел, посвященный наиболее важным анамнестическим данным.
4. Специфика внешности и поведения ребенка в процессе обследования, в том числе его аффективное, эмоциональное реагирование, общая мотивация, отношение к обследованию (критичность и адекватность).
5. Сформированность регуляторных функций.
6. Общая оценка операциональных характеристик деятельности ребенка в различные моменты обследования (в том числе и ее динамический аспект).
7. Особенности развития различных компонентов когнитивной сферы.
8. Характеристики эмоционально-личностной сферы, включая межличностные отношения.

#### **II. Специальная часть**

1. Психологический диагноз.
2. Вероятностный прогноз развития.
3. Рекомендации по дальнейшему сопровождению ребенка.

Следует отметить, что **общая часть** заключения ориентирована не только на профильных специалистов, но и на педагогический коллектив в целом (педагогов, воспитателей, администрацию образовательного учреждения) — тех, кто имеет непосредственный контакт с ребенком, с целью ориентации их не только на трудности и особенности развития ребенка, но и методы, на которые они могут опереться в своей работе: особые формы работы, возможности индивидуального подхода, особенности передачи материала и т.п.

Мы глубоко уверены, что все (*разр. авт.*) специалисты, работающие с ребенком, от врача, педагога до воспитателя или педагога группы продленного дня, а в отдельных случаях и технический персонал, вне зависимости от степени их включенности в эту работу, должны быть ознакомлены с особенностями состояния ребенка, его возможными реакциями как психологического так и соматического плана (например, возможность сильных аллергических реакций на какую-либо пищу или возможность внезапного эпилептического приступа). **Несомненно, что подобная «открытость» информации о ребенке должна сопровождаться строжайшим следованием принципу ее неразглашения, деонтологическим принципам отношения к ребенку и его близким.** Это должно стать основным принципом деятельности администрации, вплоть до административной ответственности специалистов. Только тогда, когда все специалисты полностью осведомлены об особенностях развития ребенка и используют эти

знания в своей деятельности, можно построить действительно эффективную работу по его развитию, основанную на целостном интегративном подходе.

**Специальная часть** заключения адресована непосредственно психологу и другим специалистам «внеурочного плана», участвующим в сопровождении ребенка, оказании ему специальной помощи. В связи с ее особой важностью эта часть выделена в отдельный раздел.

Поскольку сам процесс написания заключения — достаточно длительная процедура, а время, затрачиваемое на анализ и составление заключений различного типа отличается по своей длительности для детей разного возраста, мы сочли необходимым привести некоторые ориентировочные нормативы для этого вида деятельности психолога образования, исходя из собственного опыта (Приложение 6А).

#### **3.4.2. Технология составления общей части психологического заключения**

На наш взгляд, в общей части заключения обязательно должны быть отражены **общие и специфические** особенности внешнего вида, двигательной активности (общей моторики) и поведения ребенка, в том числе характеристика критичности и адекватности поведения, как в целом, так и по отношению к результатам своей деятельности (так называемая преамбула).

Это необходимо для того, чтобы при прочтении данной преамбулы другим специалистом (для которого, в основном, и пишется заключение) ребенок становился **«виден»**. Здесь же необходимо отметить адекватность/неадекватность (в том числе какие-либо выделяющиеся особенности) аффективных реакций ребенка.

В самом начале общей описательной части заключения следует также привести такие наиболее общие характеристики ребенка, как *общая мотивация*, ее особенности, *темповые характеристики деятельности*, в частности *характеристики работоспособности*. Важно отметить их изменения в процессе исследования ребенка с течением времени, при воздействии каких-либо помех и т.п. Точно так же фиксируются и обобщенно описываются любые другие значимые изменения рисунка поведения ребенка.

Во всех разделах заключения описываются феномены, выходящие за рамки социально-психологического норматива (СПН), «отклоняющиеся» от СПН как в ту, так и в другую сторону. Точно так же должны быть приведены те «стороны» деятельности ребенка, которые можно рассматривать как «сильные» звенья, позволяющие компенсировать негативные проявления. В остальных случаях отмечается, что: *«развитие данной функции в целом соответствует условно возрастной норме»* (вариант: *«находится на верхней/нижней границе возрастной нормы»*).

В этом же ключе описывается характер произвольной регуляции и развития моторики, сформированности регуляторных функций в целом.

Далее, с нашей точки зрения, целесообразным является описание развития *когнитивного звена ВПФ*. Это необходимо сделать даже в том случае, если запрос родителей касается лишь личностных или поведенческих проблем ребенка. Если при этом развитие когнитивной сферы ребенка является условно нормативным, описание когнитивной сферы должно быть максимально обобщенным и кратким. В противном случае необходимо полное описание.

Заключение по развитию когнитивной сферы традиционно включает особенности *слухоречевой памяти*, характеристику параметров *внимания* (особенности переключения, распределения, наличие инертности и пр.). Далее описываются феномены *мыслительной деятельности*, в том числе выполнение заданий вербального и невербального характера (в том числе наглядно-действенного, наглядно-образного, логического и конструктивного плана), их результативность по сравнению с качественными условно нормативными показателями.

Отмечается объем и характер необходимой помощи со стороны взрослого и *обучаемость* ребенка в целом новым видам деятельности, возможность переноса на аналогичный материал. Отмечается уровень сформированности *произвольной регуляции* психической активности, в первую очередь — *двигательной регуляции*.

Далее отмечаются особенности сформированности *пространственных, пространственно-временных, квазипространственных представлений*, сформированность их вербального звена. Здесь же необходимо отметить, какой уровень пространственных представлений сформирован полностью и на каком этапе (уровне / подуровне) развития возникают проблемы. Таким образом определяется та «точка» (уровень несформированности), которая станет началом коррекционной работы.

В рамках описания *состояния эмоционально-личностной сферы, межличностных отношений ребенка* следует отметить все выявленные особенности. В первую очередь должна быть кратко описана феноменология: *общий эмоциональный фон* (в том числе *сензитивность* ребенка, *эмоциональная лабильность*), изменение этого фона на протяжении обследования. Необходимо описать, какие эмоции преобладают, *преимущественный тип эмоционального реагирования*, характер реагирования ребенка на реальные стрессогенные ситуации (в том числе на те, которые в том или ином виде были «смоделированы» в процессе обследования). Следует также отметить наличие выраженного *аффективного сопровождения* идей и фантазий, в том числе наличие *патологического фантазирования*, выраженность аффективных переживаний (по отношению к собственной деятельности, к реакциям окружающих, к «зонам» своих интересов и т.п.).

Из общих наблюдений за ребенком или с помощью специально организованного эксперимента делается вывод о сформированности™ *самооценки*, ее особенностях, характере *уровня притязаний*, в том числе на лидерство в детском коллективе и т.п.

Все эта информация об эмоционально-личностной сфере должна быть сведена в целостное представление о «*профиле*» *аффективной регуляции* (базовых аффективных составляющих психического развития ребенка), по возможности в представлениях о гипо- или гиперфункционировании отдельных уровней.

**Примечание.** В описательной части желательно, по возможности, отметить для педагогов и воспитателей «найденные» в процессе диагностики положительные, «сильные» стороны ребенка, которые смогут стать дополнительными средствами компенсации имеющихся трудностей (например, при суженном объеме непосредственного слухоречевого запоминания и увеличении объема запоминаемого при опосредовании материала сам процесс опосредования может быть использован педагогом как компенсаторное средство при подаче учебного материала ребенку).

### **3.4.3. Психологический диагноз, прогноз и рекомендации по развитию и коррекции**

Совершенно естественно, что результатом целостного представления о ребенке и особенностях его развития должно стать некое «результатирующее» определение, которое даст возможность применить к данному конкретному ребенку одну из имеющихся развивающих или коррекционных технологий, а также с большой долей вероятности определит прогноз его дальнейшего развития. Такое «определение» имеет вполне четкое название: «психологический диагноз», т.е. «конечный результат деятельности психолога, направленной на выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности...» [3].

Психологический диагноз логически «вытекает» из анализа результатов психологической диагностики. Однако до сих пор нет однозначного понимания содержательной стороны диагноза в целом. Наблюдается самый широкий спектр мнений различных специалистов: от отрицания самого понятия «психологический диагноз» и замены собственно диагноза понятием «диагноз развития» до понимания психологического диагноза как всей совокупности данных, получаемых психологом, в их соотношении со статистической нормой или таким критерием, как социально-психологический норматив (СПН) [24]. Большинство психологов, в качестве результативной оценки рассматривают возрастно-психологическое заключение (т.е. феноменологическое описание результатов обследования ребенка) как аналог функционального диагноза в психиатрии [4, 15].

Понимаемый таким образом диагноз ограничивается констатацией определенных индивидуально-психологических особенностей или симптомов, на основании которых непосредственно строятся практические выводы, но при этом, как правило, невозможно сделать вывод ни об их причинах, ни об общей структуре развития ребенка. Такой уровень диагноза еще Л.С. Выготским был назван «симптомологическим диагнозом», и ему еще тогда, в 30-е годы, было «отказано» в научной и практической эффективности.

Точно так же часто наблюдается и фактическая подмена психопатических понятий, «сдвиг» описания особенностей состояния ребенка в сторону медицинской терминологии и, соответственно, медицинского (как правило, нозологического) диагноза. Несмотря на то, что, как уже указывалось, специалистам педагогического профиля (в том числе и психологу образования) фактически запрещено пользоваться нозологической квалификацией состояния детей, сплошь и рядом мы наблюдаем смешение психолого-педагогических и чисто медицинских понятий. Психологический диагноз фактически

сливается с медицинским, «подменяется» им. Сколько раз в психологической литературе мы сталкивались с констатацией «задержки психического развития», «слабой умственной отсталостью», «психопатией», «невротическими состояниями» и т.п.! Тем самым не только нарушаются деонтологические принципы, но и специалист-психолог выходит за пределы собственного содержательного поля, одновременно фактически «закрывая» себе возможность дать психологически обусловленный прогноз развития ребенка, создать реально психологические развивающие и коррекционные программы.

При этом часто психологу отводится лишь феноменологическое описание состояния высших психических функций и таких чисто психологических составляющих, как особенности межличностных отношений, самооценка, уровень притязаний, не оставляя, таким образом, за ним право типологизации состояния ребенка (то есть постановки непосредственно психолого-педагогического диагноза в его психологическом звучании). Тем самым отрицается его участие в определении вероятностного прогноза развития (в первую очередь — прогноза обучения) и тем более — определении образовательного маршрута, дальнейшего коррекционно-развивающего обучения. До сих пор это, в основном, является прерогативой специалистов педагогического профиля, что «опредмечено» даже в рекомендуемой рабочей документации ПМПК [25]. В то же время, обозначая место психолога как специалиста, который определяет и координирует процесс психолого-педагогического сопровождения ребенка, участвует «на равных» в решении вопроса о характере обучения (в широком смысле — об определении образовательного маршрута ребенка), мы не можем не считать выработку психологического диагноза «узловой» точкой деятельности психолога, определяющей в большой степени характер и специфику назначаемого развивающе-коррекционного обучения, образовательного маршрута в целом.

Подобная смена взгляда на роль и деятельность психолога становится возможной лишь при переходе к «типологическому» диагнозу, заключающемуся в определении места и значения полученных данных в целостной динамической картине развития ребенка, к «...типологии, основанной на изучении реальных форм и механизмов детского развития, обнаруживающих себя в тех или иных симптомокомплексах» (Л.С. Выготский. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. Собр. соч. в 6-ти т. Т.5. — М.: Педагогика, 1984. — С. 268).

Таким образом, мы вслед за А.Ф. Ануфриевым [2] рассматриваем понятие психологического диагноза как **отнесение состояния ребенка к устойчивой совокупности «...психологических переменных, обуславливающих определенные параметры деятельности или состояния обследуемого».**

В разделе 2 нашего пособия приведена предлагаемая нами классификация отклоняющегося развития, подробно описан каждый вариант, выделяемый на основе не только феноменологических особенностей, но и с учетом системного подхода, выделения определенных «макроединиц» (базовых составляющих психического развития), таких критериев, как обучаемость, адекватность, критичность. Все это позволяет говорить о возможности определения устойчивых совокупностей психологических переменных и, следовательно, использования как предлагаемой типологии в целом, так и вербальных обозначений (названий) типов отклоняющегося развития в качестве психологических диагнозов.

Несомненно, предлагаемые нами названия типов отклоняющегося развития в качестве **психологических диагнозов** не являются «истиной в последней инстанции». Возможно, что при дальнейшем развитии науки в структуре психического развития ребенка будут обнаружены новые устойчивые «макроединицы», которые позволят уточнить, может быть, даже изменить предлагаемые обозначения. Но в настоящий момент для решения диагностических и коррекционных задач предлагаемая классификация представляется нам вполне достаточной, а психологические диагнозы — понятными не только психологам, но и другим специалистам, с одной стороны, в силу своей «прозрачности», с другой — в «присутствии» в самих названиях непосредственной психологической специфики состояния ребенка.

Подобный подход служит практической основой для определения эффективных программ коррекционно-развивающей работы психолога в структуре психолого-педагогического сопровождения, дает возможность представить прогноз дальнейшего развития ребенка.

В свою очередь, **вероятностный прогноз развития** опирается на понимание места выявленного типа психического дизонтогенеза в общей схеме отклоняющегося развития. В данном случае мы подразумеваем понимание не только места конкретного варианта развития, но и возможности, вероятности девиации развития в сторону той или иной группы отклоняющегося развития или девиации непосредственно внутри самой группы. Безусловно, это представляет значительную сложность без знания и анали-

за социальных условий жизни ребенка, понимаемых в широком смысле этого слова: в семье, в образовательном учреждении, в микросоциальной группе и т.п.

Одним из важнейших аспектов составления прогноза развития является понимание общей динамики развития ребенка, представление о его компенсаторных возможностях. Большое влияние имеют также и особенности функциональной организации мозговых процессов, в частности специфика индивидуального профиля функциональной асимметрии. Как правило, наличие того или иного вида атипичности развития является осложняющим фактором прогноза развития. Точно так же большое влияние на характер прогноза имеет и непосредственно состояние центральной нервной системы, наличие (пусть даже и минимальных) нарушений нейродинамики, органического поражения ЦНС.

Только в этом случае становится возможным учет всех факторов, в том числе и последовательное выполнение рекомендаций специалистов, определяющих «реальность» вероятностного прогноза.

**Рекомендации** составляют, пожалуй, наиболее важный раздел заключения и представляют собой обоснованную последовательность включения в работу с ребенком тех или иных специалистов, определение ведущего направления и последовательности собственно психологической коррекционной работы (использование тех или иных развивающих или коррекционных программ) с учетом не только типа отклоняющегося развития, но и специфики формирования базовых составляющих и хотя бы примерное определение длительности и формы развивающе-коррекционной работы. Помимо этого рекомендации должны включать предложения по организации обучения ребенка (определяется или обосновывается необходимость изменения режима, типа или формы обучения). Здесь же определяются сроки повторного (динамического) обследования.

В тех случаях, когда ребенку не может быть оказана необходимая психологическая помощь, должны быть даны рекомендации по обращению в учреждение соответствующего профиля.

**Примечание.** Консультация и рекомендации родителям даются, как правило, в развернутой устной форме. В случае несогласия родителей с предлагаемыми мероприятиями отказ родителей должен быть зафиксирован.

#### Раздел 4.

### МЕТОДОЛОГИЯ РАЗВИВАЮЩЕ-КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ РАЗВИТИЕМ

#### 4.1. Теоретико-методологические основы развивающе-коррекционной работы

Основные задачи и принципы коррекционной работы с детьми были разработаны еще Л.С. Выготским [5, 6] и впервые стали использоваться в дефектологии применительно к различным вариантам аномалий развития. Не считая нужным в очередной раз повторять основные положения организации коррекционной работы в том виде, как это понимается в отечественной психологии и педагогике, отсылаем читателей к работам О.А. Карабановой и Г.В. Бурменской [4, 12].

Отметим только, что в современной психологической литературе основной акцент коррекционной работы делается на создании «оптимальных условий развития высших психических функций путем компенсации нарушенного в результате органического повреждения первичного звена» [12]. То есть в решении вопроса о направленности коррекции приоритет отдается позиции «сверху вниз» — ставится цель активного формирования того, что должно быть достигнуто ребенком в ближайшей перспективе в соответствии с требованиями общества (реализуя таким образом социально-психологический норматив). В центр внимания ставится «завтрашний день развития», а в качестве основного содержания коррекционной работы — создание зоны ближайшего развития личности и деятельности ребенка. Если развить этот тезис, то это означает целенаправленное **формирование психологических новообразований, составляющих сущностную характеристику возраста, активное влияние на генезис и становление непосредственно возрастных новообразований** (*выделено авт.*). Отсюда вытекает положение о ведущей роли обучения для психического развития ребенка. Данное положение ставится как бы в противовес другой позиции, которая условно определяется как коррекция «снизу вверх», рассматривается как «упражнение и тренировка уже имеющихся у ребенка психологических способностей» [12].

Точно так же, исходя из уникальности конкретного возрастного периода, на котором находится ребенок, трактуется и другой основополагающий принцип, лежащий в основе современных развивающе-коррекционных программ: принцип «нормативности». Этот принцип задает эталон развития на данном возрастном этапе, устанавливает механизмы причинных связей сегодняшнего и завтрашнего дня.

Реализация принципа учета системности развития в коррекционной практике, успех которого базируется на результатах диагностического обследования как представления системы причинно-следственных связей, иерархии отношений между симптомами и их причинами (практически не реализуемый до сих пор в диагностической практике), сводится опять же к «сложившейся иерархии форм психической деятельности на каждом возрастном этапе (*а мы конкретизируем: на данном этапе — прим. авт.*), определяющем зону ближайшего развития и его перспективы» [12].

Вслед за Л.С. Выготским и другими классиками отечественной психологии большинство современных авторов «уходят» от цели коррекции как сосредоточении усилий на установленной «первопричине» и обусловленном ею «первичном дефекте» даже в ситуации, когда «первичный дефект» используется в значении не исходной причины аномалии развития органического характера (как это понимается в классической дефектологии), а исторически-временной последовательности возникновения отклонений в развитии, обусловленных теми или иными причинами. Вслед за Д.Б. Элькониным считается, что в большинстве случаев (*у самого Д.Б. Эльконина — «в ряде случаев» — прим. авт.*) коррекцию надо начинать со «вторичных» и даже «третичных» дефектов, то есть с учетом деятельностного принципа коррекции «мишенью» воздействий специалистов должно стать «целенаправленное формирование обобщенных способов ориентировки ребенка в различных сферах предметной действительности и межличностных отношений, ...целенаправленное изменение социальной ситуации его развития» [12].

Фактически в реальной практической работе эти теоретические построения сводятся опять же к симптоматической коррекционной работе (формирование памяти, мышления, речи и т.п.), хотя и с учетом ведущей деятельности данного периода, обеспечивающей, по мнению большинства авторов, высокий уровень мотивации и более широкие возможности формирования различных форм психической деятельности.

Таким образом, «во главу угла» ставятся будущие задачи и цели развития, пусть и с учетом актуального состояния ребенка. Тем самым «отходит в сторону» вся предыдущая история психического развития, не центрируется внимание на критических «точках», моментах начала отклонения развития,

которое в большинстве случаев возникает значительно раньше наблюдаемого периода. Существующие подобные положения и принципы коррекционной работы в современных условиях развития психологической науки и при описанных выше особенностях современных детей нельзя рассматривать как полностью удовлетворяющие запросы реальной практики.

Коррекционная работа современного типа должна не только учитывать всю структуру и иерархию конкретного варианта психического развития, но и понимать, каким путем шло это развитие, каковы причины наблюдаемой феноменологии, в частности имеющегося уровня сформированности базовых составляющих развития. Это дает возможность определить ту возрастную «точку», после которой началось «уклонение» от идеальной программы развития (условно-нормативного варианта развития). Таким образом, появляется возможность построить коррекционную программу, что называется, «с нужного места». Учитывая взаимодействие и взаимовлияние всех базовых составляющих, мы можем создать оптимальную последовательность включения тех или иных развивающих или коррекционных воздействий. При этом возможен и необходим постоянный контроль за прохождением ребенком «коррекционного пути», то есть постоянное соотнесение нормативной программы развития операционально-технологических составляющих (в соответствии с их уровневым строением и онтогенезом) с последовательностью их формирования в процессе специальной психологической работы.

При этом, в отличие от бытующего понимания коррекционной работы по принципу «снизу вверх» [4], как упражнение и тренировку уже имеющихся психологических способностей (функций), мы рассматриваем формирование взаимосвязанных базовых составляющих и на их основе собственно высших психических функций и систем в соответствии с нормативной последовательностью их формирования в онтогенезе. Подобный принцип построения коррекционной работы был сформулирован А.В. Семенович [14] как **«принцип замещающего онтогенеза»** (принцип замещающего развития), который используется как основа интегративной коррекционной работы.

При реализации данного принципа необходимо учитывать:

- выявленный актуальный уровень двигательного, когнитивного, аффективного и эмоционально-личностного развития ребенка;
- общие законы и закономерности нормативного развития, в том числе законы и этапы развития двигательных актов и овладения пространственными представлениями, закономерности аффективного развития;
- последовательность и специфику прохождения ребенком этапов и сроков психомоторного, речевого и эмоционального развития;
- определяющую роль формирования базовых предпосылок (составляющих) психического развития как операционально-технологических элементов становления когнитивной и эмоционально-личностной сфер;
- ведущий тип мотивации деятельности;
- поэтапность в формировании новых видов деятельности в соответствии с теорией П.Я. Гальперина.

В приведенных приложениях (1, 2, 3) показаны, на наш взгляд, необходимые для каждого типа отклоняющегося развития приоритетные направления и последовательность включения тех или иных специалистов в сопровождение ребенка. Однако в каждом конкретном случае безусловно необходимо учитывать «причинный» уровень и влияние каждой из составляющих этого уровня (социальная ситуация развития, специфика состояния ЦНС, наличие факторов атипичного формирования функциональных взаимодействий). Очевидно, что чем более выражена «органическая» составляющая, тем важнее становится подключение врача-невролога или психиатра. При наличии знаков атипичного развития, отягощающих общую картину развития, возрастает роль нейропсихолога и, соответственно, методов коррекции, основанных на нейропсихологическом подходе. Чем сложнее социальная ситуация развития и весомее ее вклад в дезадаптацию в целом, тем в большей степени будет задействован социальный педагог и психотерапевт. Таким образом может быть «индивидуализирована» вся система сопровождения ребенка в образовательном пространстве.

В свете нашего подхода мы можем сформулировать наиболее важные параметры развивающей или коррекционной работы. К ним можно отнести:

- форму проведения коррекционной работы;

— продолжительность и режим занятий;

— подбор и комплектацию групп.

Выбор индивидуальной или групповой формы коррекционной работы определяется в первую очередь структурой развития, то есть профилем базовых составляющих, а также возрастом и выраженностью аффективных проблем ребенка.

Индивидуальная форма работы в основном используется с детьми с грубыми вариантами парциальной несформированности различных типов, на начальных этапах работы с детьми с дисгармониями интрапунитивного типа, с искаженным развитием преимущественно эмоционально-аффективной сферы, с тяжелыми вариантами диффузно-поврежденного развития и с тотальным недоразвитием как тормозимо-инертного, так и аффективно-неустойчивого типа.

Вывод на индивидуальные занятия также необходим в том случае, если ребенок резко выбивается из темпа «движения» группы внутри решения коррекционных задач.

При этом наполняемость групп при каждом конкретном виде коррекционной работы должна быть обоснована. Наши представления об оптимальной наполняемости групп при использовании авторских программ формирования произвольной регуляции и пространственных представлений [30] для детей разного возраста приведены в Приложении 6Б.

Мы считаем возможной и достаточно эффективной (при условии понимания семьей или воспитателем детского сада, группы ГПД, другими специалистами задач коррекционной работы и заинтересованности в ее результатах) еще одну форму деятельности психолога — так называемые консультативно-коррекционные занятия. При такой форме работы родителю или другому заинтересованному лицу дается достаточно подробное описание занятий (их цели, последовательность, режимные моменты, способы выполнения и т.п.). В ряде случаев родители присутствуют на установочных занятиях специалиста с ребенком. После этого в течение определенного специалистом промежутка времени занятия проводятся в домашних или иных условиях, а ребенок посещает специалиста лишь для выявления динамики изменения состояния и дальнейших рекомендаций (показа) по проведению занятий. Таким образом, сам коррекционный процесс осуществляется опосредованно, через другое лицо. Такая форма работы оправдывает себя в случаях, если ребенок по каким-либо причинам не может регулярно посещать специалиста или слишком мал и быстро утомляется при поездках.

Безусловно огромную роль в эффективности такого вида работы играют не только социокультурный и образовательный уровень родителей, понимание ими коррекционных задач и высокая мотивация, но и возможность регулярного контакта с родителями, например в случае ухудшения состояния ребенка, а также определенная «технологичность» собственно коррекционной программы. Последнее дает возможность трансляции коррекционной технологии неспециалисту. Очевидно, что к этой форме работы необходимо подходить с большой осторожностью и учитывать определенные ограничения в ее применении. В первую очередь это относится к «внедрению» в эмоционально-личностную сферу ребенка.

Продолжительность и интенсивность (в режимном плане) в первую очередь определяется допустимыми для конкретного ребенка или группы детей нагрузками, а также тяжестью состояния ребенка и его возрастом (Приложение 6Б). В большинстве случаев оптимальными являются двухразовые занятия в неделю. Это не исключает и других режимов работы в других направлениях коррекции. При этом длительность всего цикла занятий определяется динамикой продвижения детей, хотя каждая программа имеет и свои «усредненные» по длительности нормативы. Руководствуясь принципом замещающего онтогенеза, важно понимать возможность возврата на предыдущий этап работы в случае необходимости. Этими «возвратами» и определяются отсутствие жестких сроков, относительная невозможность строгого следования коррекционному плану.

#### 4.2. Основные направления современной развивающей и коррекционной работы

В этом разделе представлены, на наш взгляд, наиболее эффективные направления и, соответственно, отдельные развивающие и коррекционные программы, которые получили в настоящее время достаточное распространение как в образовательных центрах, так и в школьной практике. Все эти программы в той или иной степени опираются на законы и принципы, приведенные в предыдущем подразделе и реализуют основной принцип — принцип замещающего развития.

Весь комплекс предлагаемых программ условно можно разделить на следующие направления:

1. *Коррекционные программы, основанные на нейропсихологическом подходе:*

— программа комплексной нейропсихологической коррекции и абилитации (по А.В. Семенович);

— методика формирования программирования, произвольной саморегуляции и контроля за протеканием психической деятельности (авторская программа Н.М. Пылаевой и Т.В. Ахутиной).

2. *Развивающе-коррекционные программы, ориентированные на формирование и гармонизацию базовых составляющих психического развития ребенка:*

- программа формирования произвольной регуляции (авторская программа Н.Я. Семаго);

- программа формирования пространственных представлений (авторская программа Н.Я. Семаго);

3. *Система развивающе-коррекционной работы, базирующаяся на уровневом подходе к аффективной регуляции поведения и сознания:*

— формирование базовой аффективной регуляции (гармонизация уровневой регуляции аффективной сферы по системе О.С. Никольской);

— символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия как одна из наиболее эффективных программ, реализующих гармонизацию мотивационно-волевой и аффективно-эмоциональной сфер ребенка).

Своей задачей авторы не ставили дать всеобъемлющие материалы по всем видам развивающей и коррекционной работы, которые могут быть использованы в практике психолога образования. Несомненно, следует отметить и наличие в арсенале психолога программ, ориентированных на симптомологическую коррекцию, которая также может быть с успехом использована в отдельных случаях. Остаются «вне поля зрения» и различные виды психокоррекционной работы, такие как отдельные направления двигательной коррекции, телесно-ориентированные практики, различные виды сказкотерапии и т.п.

Мы считали необходимым показать принципиально новые направления и, соответственно, виды развивающих и коррекционных программ, основанные на новых подходах к диагностике и вытекающей из нее коррекции на базе особо значимых факторов развития ребенка, а также использование принципа «интегативности» при построении специальной психологической работы с детьми с отклоняющимся развитием.

Все эти программы составляют основу технологий развивающей и коррекционной работы психолога как в структуре дошкольных и школьных учреждений, так и в структуре образовательных центров для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Эти программы могут быть также использованы психологом при работе в коррекционно-диагностических группах, при психолого-медико-педагогических консультациях и комиссиях разного уровня. В любом случае необходимо применять весь возможный спектр программ для развития и коррекции детей. Необходимо только помнить о том, что «время не ждет», с возрастом теряется возможность пластичного изменения состояния ребенка, возможности компенсации и коррекции уменьшаются. Эти «жесткие» условия определяют необходимость подбирать наиболее эффективные, «функциональные» и в то же время наиболее «экономичные» методы и технологии работы.

#### **4.2.1. Коррекционные программы, основанные на нейропсихологическом подходе**

Нейропсихологический подход, базирующийся на современных (по А.Р. Лурия) представлениях о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации высших психических функций в онтогенезе, дал возможность создать ряд высокоэффективных технологий коррекционной работы, в основе которых лежит системный подход к коррекции психического развития ребенка.

Одной из таких систем является комплексная методика психомоторной коррекции, созданная группой психологов под руководством А.В. Семенович (Описание системы, основанной на нейропсихологическом подходе, приводится по руководству «Комплексная методика психомоторной коррекции» /Под ред. А.В. Семенович. — М.: МГПУ, 1998). В рамках этой системы два различных направления коррекционной работы: методы двигательной (моторной) коррекции, или телесно-ориентированные методы, направленные на восстановление контакта с собственным телом, снятие телесных напряжений, развитие невербальных компонентов общения, и собственно когнитивные методы, направленные на преодоление трудностей усвоения школьных знаний и формирование ВПФ, применяются в едином комплексе с их последующей интеграцией и с учетом взаимодополняющего влияния.

### *Программа комплексной нейропсихологической коррекции и реабилитации*

Направление, в рамках которого была разработана данная программа, исходит из того, что воздействие на сенсомоторный уровень с учетом общих закономерностей онтогенеза вызывает активацию в развитии всех ВПФ.

Поскольку сенсомоторный уровень является базальным для дальнейшего развития ВПФ, в начале коррекционного процесса отдается предпочтение именно двигательным методам, не только создающим некоторый потенциал для будущей работы, но и активизирующим, восстанавливающим и «выстраивающим» взаимодействия между различными уровнями и аспектами психической деятельности. Актуализация и закрепление любых телесных навыков предполагает востребованность извне к таким психическим функциям, как, например, эмоции, восприятие, память, процессы саморегуляции и т.д. Таким образом, по мнению авторов, создается базовая предпосылка для полноценного участия этих процессов в овладении чтением, письмом, математическими знаниями (В данном аспекте методика психомоторной коррекции А.В. Семенович тесно смыкается с авторской программой Н.Я. Семаго по формированию произвольной регуляции психической активности).

Актуализация методов когнитивной коррекции с последующим включением их в коррекционный процесс должна проходить с учетом динамики индивидуальной или групповой работы.

Методика используется в адаптированном применительно к детскому возрасту варианте приемов базовых телесно-ориентированных техник и представляет собой трехуровневую систему. Основанием для выделения уровней является представление об определенных этапах в развитии пространственно-временных аспектов психической деятельности человека, в том числе его телесности.

*Уровень 1.* «Уровень активации, энергоснабжения и статокинетического баланса психических процессов»;

*Уровень 2.* «Уровень операционного обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром»;

*Уровень 3.* «Уровень произвольной регуляции и смыслообразующей функции психомоторных процессов».

Каждый из описываемых уровней коррекции имеет свою специфическую «мишень» воздействия. Методы 1-го уровня направлены, прежде всего, на элиминацию дефекта и функциональную активацию подкорковых образований головного мозга; 2-го уровня — задних и премоторных отделов правого и левого полушарий мозга и их взаимодействия, а 3-го уровня — на формирование оптимального функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга.

Требования к применению данной программы подразумевают включение в коррекционный процесс упражнений 1-го, 2-го и 3-го уровней. Однако удельный вес и время использования тех или иных методов будут варьироваться в зависимости от исходного статуса ребенка. Чем глубже дефицит, тем больше внимания и времени должно быть уделено отработке 1-го уровня, с постепенным переходом к следующему. В то же время коррекционные занятия не могут проходить без привлечения групповых и игровых факторов, что определяется включением методов третьего уровня.

В идеале, как отмечают авторы, даже в относительно простых случаях должны присутствовать методы воздействия на все иерархические уровни. Кроме того, очевидно, что автоматизмы, например первого уровня, с успехом могут ассимилироваться в программы 2-го и 3-го уровней в качестве составляющих любого из упражнений. Таким образом, основные принципы и стратегии данной программы хорошо согласуются, а в некоторых случаях практически полностью смыкаются с другими направлениями интегративной коррекционной работы.

Использование данной программы требует продуманной стратегии и тактики, основанной на дифференциально-диагностической нейропсихологической квалификации имеющейся у ребенка недостаточности, что, в свою очередь, предъявляет высокие требования к специалистам, проводящим коррекционную работу.

Методика формирования программирования, произвольной саморегуляции и контроля за протеканием психической деятельности (авторская программа Н.М. Пылаевой и Т.В. Ахутиной) (Основы программы приводятся по методическому пособию Н.М. Пылаевой, Т.В. Ахутиной «Школа внимания». — М.: ИНТОР, 1997)

Программа представляет собой комплекс учебно-игровых занятий, нацеленных на развитие у детей способности планировать и контролировать свои действия. Программа ориентирована на педагогов и психологов, работающих в классах коррекционно-развивающего обучения (КРО) и классах восстановительного обучения, а также подготовительных группах детских садов.

Программа основана на становлении избирательной активации, формировании навыков программирования и регуляции и контроля деятельности (3-й функциональный блок организации деятельности человека по А.Р. Лурия).

Данная методика представляет собой четкую технологичную программу, которую может использовать в своей работе, в первую очередь, школьный психолог во внеурочном компоненте работы с детьми, имеющими подобные трудности.

Методика формирования навыков программирования и контроля основана на работе с числовым рядом, во-первых, потому, «что овладение числовым рядом является фундаментом начального учебного процесса» [27]. Умение упорядочить объекты по количеству, абстрагировать их число и соотнести с цифрой (т.е. найти их место в числовом ряду) составляет один из рано осваиваемых, необходимых в практической жизни культурных навыков человека. Во-вторых, числовой ряд, как никакой другой материал, позволяет вынести программу действия вовне, организовать совместные действия педагога (психолога) и ученика, обеспечить постепенное сокращение помощи взрослого и увеличение самостоятельности ребенка. Упражнения с числовым рядом дают широкие возможности дозированно усложнять требования к программированию и контролю деятельности, гибко менять режим работы с целью повышения организованности и работоспособности ребенка, учитывая его индивидуальные особенности.

В ходе дошкольного и школьного обучения работа с числовым рядом имеет целью сформировать и упрочить представления о количестве, порядке, закрепить соответствие числа и цифры, добиться возможности произвольного оперирования числом, отвлекаясь от реальных объектов. Программа, способствуя решению этих задач, преимущественно направлена на другое — на формирование (или коррекцию) навыков программирования и контроля.

Принципиальная основа выполнения разработанных авторами заданий — совместная деятельность психолога (педагога) и ученика. Ее организация должна последовательно изменяться таким образом, чтобы программа действия, которой вначале владеет взрослый, стала внутренним достоянием ребенка. Для этого необходимо обеспечить условия, позволяющие ребенку «взять» программу, а взрослому — контролировать, насколько ребенок ею овладел. Эти условия: вынесение вовне (материализация, наглядное представление) программы и особая организация совместной деятельности учителя и ученика, обеспечивающая последнему переход от развернутого поэлементного действия и его контроля к их свернутым формам. В данном случае полностью реализуются принципы, разработанные Л.С. Выготским и П.Я. Гальпериным.

Предлагаемая схема совместной деятельности ребенка и взрослого (психолога, педагога) по усвоению программы действий с числовым рядом включает следующие этапы:

— совместное пошаговое выполнение действия по речевой инструкции взрослого — на этом этапе программирование и контроль обеспечиваются специалистом;

— совместное пошаговое выполнение действия по наглядной программе — на этом этапе программирование и контроль разделяются между взрослым и ребенком: психолог организует следование программе и контрольные действия ученика — сличение результата с программой;

— совместное выполнение действия по наглядной программе с переходом от пошаговой к более свернутым формам реализации программы — на этом этапе роль специалиста в программировании и контроле сокращается;

— самостоятельное выполнение действия по интериоризованной (усвоенной, внутренней) программе с возвращением к наглядной программе при затруднениях: ребенок самостоятельно выполняет и контролирует свои действия; взрослый следит, обращается ли ребенок при затруднениях к наглядной программе, и по мере надобности напоминает об этом;

— самостоятельное выполнение действия по внутренней программе или перенос ее на новый материал. Возможность переноса контролируется взрослым.

Предлагаемые в программе задания [27] объединяются в пять циклов (последовательных этапов):

1. Числовой ряд в упроченных ситуациях (сюжеты сказок, нумерация этажей и подъездов дома, ступени лестницы, циферблаты часов, наборные панели телефонов ит.п.).

2. Числовой ряд в прямом порядке (актуализация последовательности чисел в прямом порядке до 10, нахождение цифр в случайном порядке в таблице или копирование и самостоятельное составление таких таблиц, рисование предметов по пронумерованным точкам).

3. Количественный ряд в прямом порядке (отрабатывается способность к одномоментному схватыванию количественных совокупностей, свертыванию их в целостную структуру, когда в пунктах маршрутов, таблицах (типа таблиц Шульте) и др. заданиях помещаются не цифры, а множества предметов от 1 до 10. В ходе отработки заданий ребенок вынужден самостоятельно абстрагировать признак количества, что делает эти задания более сложными, чем предыдущие.).

4. Обратный ряд (отрабатывается на материале полного, неполного или дискретных рядов, с использованием материала упроченных ситуаций: этажи, лифт, четная и нечетная стороны улиц и т.п.).

5. Параллельные ряды (этап предполагает одновременное выполнение двух подпрограмм: два ряда цифр, прямой порядок цифр и букв по алфавиту, разнонаправленные ряды цифр).

На одном занятии могут быть использованы задания как одного этапа, так и двух соседних. Внутри каждого этапа первые задания более просты и развернуты, чем последующие, при этом в целом сложность программирования увеличивается от этапа к этапу.

Наиболее эффективной программа будет тогда, когда подобрана индивидуализированная в соответствии с возможностями ребенка, адекватная система заданий с исходным уровнем сложности, индивидуальным темпом продвижения. Каждый раз следует выбирать необходимую меру помощи в зависимости от успехов ребенка.

#### 4.2.2. Развивающе-коррекционные программы, ориентированные на формирование базовых составляющих психического развития ребенка (произвольности психической активности и пространственных представлений)

Предлагаемый комплекс программ существует в двух вариантах: развивающем и коррекционном (рис. 4.1).

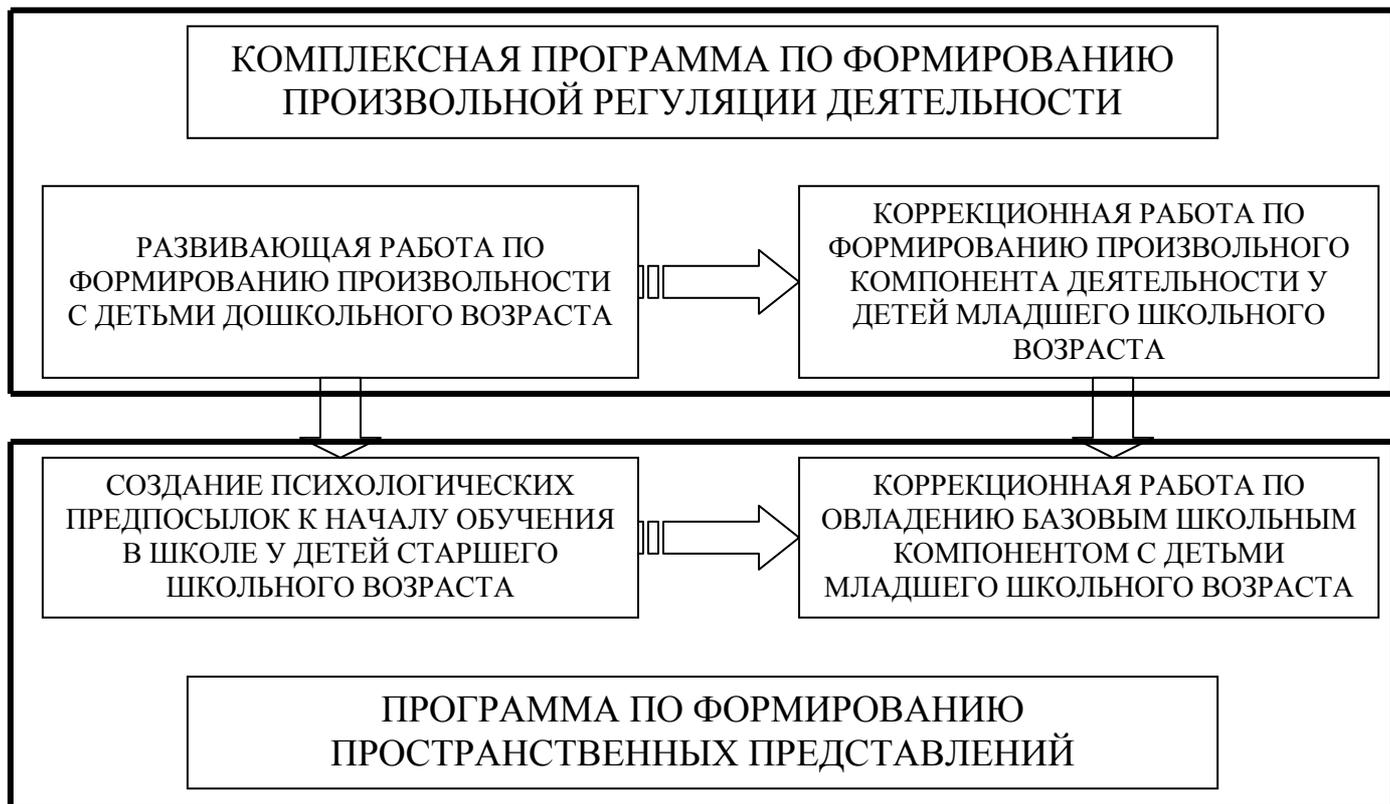


Рис. 4.1. Развивающе-коррекционные программы формирования произвольной регуляции и пространственных представлений (базовых составляющих психического развития)

*Первый вариант* ориентирован на развивающую работу с детьми среднего и старшего дошкольных возрастов для адекватного и своевременного формирования предпосылок овладения программным материалом начальной школы. В соответствии с ведущим типом мотивации и деятельности в дошкольном возрасте данный вариант программы осуществляется в виде тематических заданий-игр.

Для детей с выраженными нарушениями речевого развития и детей с нарушениями умственного развития данный комплекс является коррекционно-развивающим, пропедевтически необходимым для подготовки их к овладению программами соответствующего типа.

*Второй вариант* ориентирован на непосредственно коррекционно-развивающую работу в рамках начального обучения в соответствующих типах специального (коррекционного) обучения и общеобразовательных школах, в том числе в классах КРО. Работа проводится с возможным включением игровых и соревновательных заданий.

Далее приводится схема основных этапов и подэтапов коррекционного комплекса без детального описания конкретных занятий (уроков) и проводимых упражнений (игровых и соревновательных заданий). Конкретное содержательное наполнение программ применительно к конкретным возрастным особенностям будет описано в соответствующих книгах серии.

### **ФОРМИРОВАНИЕ ПРОИЗВОЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ (ПРОГРАММА ФПР)**

#### ***Показания к использованию программы***

Контингент детей, нуждающихся в работе по формированию произвольной регуляции деятельности, включает в себя достаточно широкий спектр типов отклоняющегося развития. Однако в рамках работы с каждой подгруппой детей этот вид работы может иметь как основное, так и вспомогательное значение. В работе с детьми группы «Тотальное недоразвитие аффективно неустойчивого типа» этот вариант коррекционной работы в большинстве случаев может быть применен только после проведения адекватного медикаментозного лечения. Для простого уравновешенного типа тотального недоразвития этот вариант может быть одним из вспомогательных в коррекционной работе.

Аналогичные задачи (вспомогательный элемент развивающей работы наряду с использованием других развивающих программ) решаются при работе с детьми, у которых выявляется темпово задержанный тип психического развития (гармонический инфантилизм).

В качестве основной коррекционной программы ФПР выступает при работе с детьми с парциальной несформированностью ВПФ преимущественно регуляторного и вербально-логического компонентов. Причем в последнем случае несформированность произвольности психической активности наблюдается не всегда, но достаточно часто за счет сложности собственно речевой регуляции поведения.

В отдельных случаях такая коррекция бывает необходима при работе с детьми с дисгармоничным, преимущественно экстрапунитивным типом развития.

Для различных вариантов дефицитарного развития эта программа может быть рекомендована как один из базовых компонентов общего психического развития детей.

#### ***Противопоказания к использованию программы ФПР***

Использование данной программы для работы с детьми с вариантами искаженного развития как минимум малоэффективно, а в ряде случаев может привести и к ухудшению состояния ребенка.

Абсолютными противопоказаниями является наличие у ребенка эпилептической болезни, эписиндрома различной степени выраженности, даже пониженных порогов судорожной готовности. Это может относиться как к детям с локально поврежденным развитием, с тотальным недоразвитием различных типов, так и сопутствовать любому типу отклоняющегося развития.

Часто в противопоказаниях к подобному виду коррекционной работы относятся дети, имеющие неврологический диагноз: «некомпенсированная гидроцефалия».

#### ***Описание программы***

Программа состоит из пяти основных усложняющихся этапов, общей целью которых является формирование произвольной регуляции деятельности ребенка.

Каждый этап представляет собой серию усложняющихся заданий, направленных на развитие возможности произвольной регуляции деятельности того или иного уровня и сложности. Например, второй этап направлен на формирование произвольной регуляции на уровне удержания «двигательных программ»: от самых элементарных до сложных, состоящих из большого количества последовательных движений различных частей тела.

В соответствии с основными принципами коррекционной работы все задания, преимущественно игровые, должны быть построены по принципу образности, имеют возрастную соотнесенность, то есть учитывают общий уровень развития ребенка (в том числе и мотивационные аспекты).

Каждый из этапов имеет серию как контрольных, так и сенсублизированных заданий и, что наиболее важно, не ограничен какими-либо жесткими сроками, а наоборот, предполагает в случае затруднений возврат к предыдущим этапам работы.

Следует отметить, что на всех «двигательных» этапах те или иные регуляции формируются в последовательности, соответствующей ходу нормального онтогенеза, — как общим законам развития, так и законам развития движений (раздел 1.3.1).

**Этап 1** заключается в работе над собственным телом. Важна фиксация внимания на ощущениях (на уровне мышечных) полного расслабления или, напротив, полного напряжения. Весь этап проходит в основном в положении «лежа на спине».

Далее последовательно проводится работа с отдельными мышечными комплексами: напряжение, а затем полное расслабление отдельных частей тела в четкой последовательности:

- начиная от лица к плечам;
- от головы к рукам;
- от рук к туловищу и ногам;
- затем к группам мышц рук и ног (от мышц плеча к мышцам предплечья);
- к группам мышц кистей рук и стоп.

Далее выполняются игровые задания, ориентированные на выполнение изолированных движений конечностями и частями тела в определенной последовательности: рука (правая, левая) и так далее, заканчивая мышцами голени и стопы.

**Этап 2** заключается в работе над последовательной серией произвольных движений. Данный этап проводится как лежа на спине, так и в положении «сидя» и «стоя».

Следует обратить особое внимание на последовательность подачи ребенку заданий с целью переноса контроля за выполнением извне (контроль со стороны взрослого) непосредственно на контроль за собственными действиями самим ребенком (интероризация навыка по П.Я. Гальперину).

На *подэтапе 2А* выполнение серий произвольных движений должно происходить первоначально по образцу (показу) и одновременно по развернутой речевой инструкции, когда пошаговый контроль обеспечивается специалистом.

Далее специалист организует следование программе и контрольные действия (проверка напряжения или расслабления той или иной группы мышц). На этом промежуточном этапе контроль за правильностью выполнения тех или иных движений распределен между специалистом и ребенком.

Следующим может быть выполнение задания (оно должно иметь четкое название) только по речевой инструкции.

Заключительным разделом этапа можно считать правильное выполнение заданий ребенком только по названию заданий, с собственным контролем.

*Подэтап 2Б* включает в себя задания, формирующие произвольную регуляцию силы мышечного напряжения (тонуса) и направление приложения силы, и выполняется в различных положениях (преимущественно сидя и стоя).

**Примечание.** На обоих подэтапах предусмотрены последовательные движения как изолированно конечностями, так и всем телом, не включающие сложные реципрокные (билатеральные) взаимодействия конечностей.

**Этап 3** базируется на ранее освоенных умениях и дополняется выполнением вначале элементов реципрокных движений, а позднее — собственно реципрокных движений.

Работа на этом этапе также ведется в соответствии с законами развития движений: вначале элементарных в проксимальных частях конечностей, с постепенным усложнением и включением все более дистальных частей конечностей (проксимо-дистальный закон), в направлении от головы к ногам (цефало-каудальный закон) с постепенным подключением в сложных последовательных движениях «всего тела». Работа на данном этапе включает в себя выполнение заданий и в позе на четвереньках (различные варианты ползания).

На данном этапе, как и на предыдущем, следует Обратить особое внимание на последовательность подачи ребенку заданий с целью переноса контроля за выполнением извне (контроль со стороны взрослого) непосредственно на контроль за собственными действиями самим ребенком.

На **этапе 4** наибольшее внимание уделяется возможности произвольной регуляции собственно высших психических функций ребенка. Он представляет из себя сочетание двигательных заданий и произвольного владения, в первую очередь, собственной речевой активностью, подразумевая, что возможность произвольной регуляции внимания, запоминания имманентно формировалась и отрабатывалась на предыдущих этапах.

Здесь уместно использование различных вариантов «вербальных» игр, наряду с групповыми двигательными, когда ребенку приходится «ждать своей очереди», ограничивая тем самым (то есть организуя произвольность) не только моторную, но и речевую активность.

**Этап 5** представляет из себя систему постепенно усложняющихся игр по правилам, в том числе и заданий, имеющих своей целью формирование и совершенствование коммуникативных навыков, реализуя тем самым формирование собственной эмоциональной регуляции деятельности.

В целях реализации этого этапа можно использовать отдельные задания и упражнения, предложенные М.И. Чистяковой (Чистякова М.И. Психогимнастика. /Под. ред. М.И. Буянова. — 2-е изд. — М.: Просвещение — ВЛАДОС, 1995). Следует только помнить, что последовательность используемых заданий и упражнений должна соответствовать заявляемым принципам (раздел 4.1), законам развития движений и последовательности формирования уровней произвольности психической активности (раздел 1.3.1).

Завершающей частью программы является постепенный переход к когнитивным играм с удержанием правил и возможностью контроля не только за собственной частью игры, но и за выполнением правил игры партнерами.

Работа по данной программе предусматривает в основном групповую форму, где количество детей определяется в первую очередь психологическим диагнозом (то есть показаниями), выраженностью проблем и возрастом детей. Оптимальная наполняемость групп и ориентировочная продолжительность занятий для детей разного возраста представлена в Приложении 6Б.

В случаях грубой несформированности произвольной регуляции поведения программа ФПР может быть использована в индивидуальной форме при желательном подключении ребенка к работе в малой группе на 4-м или 5-м этапе.

Следует отметить, что каждое конкретное занятие не может, естественно, состоять только из каких либо отработываемых движений: подобная организация занятий с ребенком фактически невозможна. Структура каждого занятия скорее представляет из себя «слоеный пирог», то есть каждое занятие тактически разбивается на различные этапы. Например:

- 1) разминка, в ходе которой можно оценить степень закрепления уже отработанных заданий;
- 2) овладение новым «материалом»;
- 3) игровой этап, обязательный для каждого занятия, в ходе которого также происходит формирование произвольности как на двигательном уровне, так и произвольности ВПФ — внимания, памяти и т.п. (в рамках удержания заданных игровых правил) с учетом как ведущего типа мотивации каждого ребенка, так и специфики межличностных коммуникаций в целом;
- 4) завершающий, чаще всего релаксационный, этап, с использованием уже имеющихся или формирующихся умений расслабления.

### **ФОРМИРОВАНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ (ПРОГРАММА ФПП)**

#### *Показания к использованию программы*

В качестве **развивающей** данная программа успешно может быть использована при работе с детьми (как дошкольного, так и младшего школьного возраста) с обоими вариантами задержанного развития, а также трудно переоценить эффективность ее использования для работы с детьми дошкольного возраста с дефицитным развитием.

Более того, как показывает практика, ее использование с этой же целью эффективно при работе с «условно нормативными» детьми старшего дошкольного возраста.

В качестве **коррекционной** программа ФПП используется как основная при следующих типах отклоняющегося развития:

- парциальная несформированность ВПФ преимущественно вербального, вербально-логического типа;
- парциальная несформированность ВПФ смешанного типа;
- тотальное недоразвитие всех типов (в случае аффективно-неустойчивого типа только после работы, направленной на формирование произвольной регуляции деятельности);
- дефицитарное развитие у детей младшего школьного возраста;
- «мягкие» варианты искаженного развития преимущественно эмоционально-аффективной сферы (4-я группа РДА по О.С. Никольской);
- дисгармоничное развитие, осложненное парциальной несформированностью.

#### *Противопоказания к использованию программы ФПП*

Нецелесообразно использовать программу в работе с детьми с искаженным развитием преимущественно когнитивной сферы (пусть даже имеющих «пробелы» в развитии пространственных представлений), поскольку это может привести к провоцированию новой сферы сверхценных увлечений и интересов, еще более искажая тем самым всю структуру психического развития ребенка.

#### *Описание программы*

Программа делится на 2 раздела, включающих 7 последовательных этапов, каждый из которых представляет собой самостоятельную часть в развитии пространственных представлений ребенка и как бы повторяет нормативное овладение ребенком пространственными и пространственно-временными представлениями в ходе его развития. Структура заданий от этапа к этапу усложняется: от наиболее простых топологических, координатных, метрических представлений вплоть до лингвистических представлений (пространство языка), наиболее поздно усваиваемых ребенком (то есть наиболее сложных).

Каждый этап разделен на несколько «тем», каждая из которых представляет собой работу на различных «уровнях» с обязательной соответствующей вербализацией всех представлений. Такими уровнями являются:

- уровень пространства собственного тела;
- уровень расположения объектов по отношению к собственному телу;
- взаимоотношения внешних объектов между собой;
- лингвистическое пространство включая временные представления (пространство языка — квазипространственные характеристики).

Овладение каждым из этих уровней необходимо для прочного закрепления данного этапа, и только в этом случае допускается переход к следующему этапу программы. Такая организация программы оптимальна с точки зрения нормативного развития функций, реализации принципа замещающего развития.

Каждый этап программы включает серии контрольных и сенсibiliзированных заданий, в том числе интермодальных, позволяющих определить степень интероризации сформированных представлений и закрепления их в речи ребенка, актуального использования.

В соответствии с возрастом детей и учетом ведущего типа мотивации (игровая, соревновательная, мотивация достижения, обучения, поощрения или избежания наказания) разрабатывается и вид проведения занятий.

Работа начинается с уровня тела (формирование схемы тела и соматогнозиса) с переходом к уровню овладения анализом пространственных взаимоотношений объектов во внешнем пространстве (в том числе рабочим пространством). Работа над овладением квазипространственными (языковыми) представлениями должна осуществляться только при условии овладения пространственными представлениями и свободной ориентации ребенка на предыдущих уровнях.

#### **Раздел 1. Формирование собственно пространственных представлений**

**Этап 1.** На этом этапе осуществляется работа по формированию представлений о собственном лице, теле (уровень пространства собственного тела). Началом является работа непосредственно над схемой тела, а в дальнейшем продолжается на объектах, расположенных по отношению к телу с точки зрения «вертикальной организации» пространства тела (его вертикальной оси).

На *подэтапе 1А* работа начинается перед зеркалом с анализа **расположения частей лица** по параметрам:

- выше всего; ...;

- ниже всего: ...;
- выше, чем: ...;
- ниже, чем: ...

В сопоставлении с этими представлениями в работу вводятся предлоги:

**«НАД», «ПОД», «МЕЖДУ»:**

- что находится над ?..
- что находится под ?..

Анализируются различия между этими представлениями (в отношении характеристик частей лица).

На *подэтапе 1Б* в аналогичном ключе анализируется положение других частей тела:

- рук (пальцы, ладонь, запястье, локоть, плечо);
- непосредственно тела (шея, плечи, грудь, спина, живот);
- ног (стопа, голень, колено, бедро).

Работа точно так же проводится по **вертикальной оси**, вначале перед зеркалом, потом через этап движения, прощупывания (на уровне тактильных и проприоцептивных ощущений), а затем с закрытыми глазами.

Предлоги и слова, обозначающие взаиморасположение частей, вводятся в указанном выше порядке.

На *подэтапе 1В* основным является отработка и анализ расположения объектов во внешнем пространстве (уровень расположения объектов по отношению к собственному телу), но также непосредственно по **вертикальной оси**.

Через представления **«ВЫШЕ, ЧЕМ...»**, **«НИЖЕ, ЧЕМ...»**, предлоги **«НАД»**, **«ПОД»** и **«МЕЖДУ»** анализируется взаиморасположение объектов, напоминает различие между **«ВЫШЕ»** и **«НАД»**, а также **«НИЖЕ»** и **«ПОД»**.

**Примечание 1.** В этой части работы удобно использовать конструктивные материалы (в частности, конструкторы «ЛЕГО»).

**Примечание 2.** Если данная работа проводится в рамках развивающей программы с детьми дошкольного возраста, то на протяжении первого этапа параллельно с формированием пространственных представлений осуществляется работа над закреплением представлений о цвете, геометрических фигурах и их относительных размерах, качестве материала, из которого они изготовлены и т.п.

**Этап 2** посвящен работе по формированию представлений о собственном теле (продолжение работы над схемой тела), объектах, расположенных по отношению к телу, и взаимоотношении объектов с точки зрения «горизонтальной организации» пространства (по горизонтальной оси) — вначале только по формированию пространства «впереди».

Основными дидактическими материалами также являются конструктор «ЛЕГО», магнитная доска, фланелеграф.

На *подэтапе 2А* при активном участии детей анализируется, что «нельзя описать словами **«ВЫШЕ»**, **«НИЖЕ»**, **«НАД»**, **«ПОД»** расположение частей тела, если оно находится в горизонтальном положении».

После этого возможен переход к объектам во вне и введение представления: **«БЛИЖЕ К...»**, **«ДАЛЬШЕ ОТ ...»**. В дальнейшей работе на подэтапе 2А анализ расположения объектов в горизонтальном пространстве производится только по отношению к себе как объекту (отсчет ведется от собственного тела).

Далее необходимо провести ряд упражнений по сопоставлению вертикальной и горизонтальной организации объектов в пространстве, включая собственное тело, и переносу понятий **«ВЫШЕ»**, **«НИЖЕ»** в горизонтальную плоскость (то есть «рабочую» плоскость стола, учебной парты).

**Примечание 1.** Момент перехода от вертикальной оси (вертикальной организации пространства) к горизонтальной (пространства, в котором в основном и проходит учебная деятельность ребенка) является одним из наиболее важных, ключевых моментов овладения пространственными представлениями.

**Примечание 2.** Лишь после полного овладения горизонтальным пространством «впереди» возможен анализ метрической относительности расположения объектов («по отношению ко мне», «по отношению к человеку напротив меня»).

На *подэтапе 2Б* по аналогии с переходом от понятий «**ВЫШЕ**», «**НИЖЕ**» к понятиям «**НАД**», «**ПОД**» отрабатываются (вначале на уровне тела — в первую очередь рук — и только после этого на уровне внешних объектов) предлоги «**ПЕРЕД**» и «**ЗА**».

*Подэтап 2В* заключается в переходе анализа горизонтального пространства «вперед» в анализ «бокового» горизонтального положения. Работа происходит точно так же, начиная с собственного тела (рук, ног) с переходом на внешние объекты, расположенные в горизонтальной плоскости «сбоку» (в данном случае на этом этапе еще не важно: слева или справа), но анализируемые с позиций близости: «**БЛИЖЕ, ЧЕМ...**», «**ДАЛЬШЕ, ЧЕМ...**».

**Этап 3** посвящен работе над дальнейшим совершенствованием схемы тела с упором на «**ПРАВО-ЛЕВУЮ**» ориентировку (относительно основной вертикальной оси ребенка, то есть его позвоночника), с последующей ориентацией на анализ взаиморасположения объектов в пространстве с точки зрения «сторонности» по отношению, в первую очередь, к собственному телу.

Работа на *подэтапе 3А* начинается с анализа расположения объектов (окружающих ребенка предметов) вокруг его собственного тела с формированием таких понятий, как «**СЛЕВА**», «**СПРАВА**», «**ЛЕВЕЕ**», «**ПРАВЕЕ**».

**Примечание 1.** Необходимо постоянно возвращаться к уже усвоенным представлениям: «**ВВЕРХУ**», «**ВНИЗУ**», «**ВПЕРЕДИ**», чередуя эти представления с тем, что освоено на 3-м этапе.

**Примечание 2.** Работу на этом этапе необходимо начинать с маркировки руки ребенка (как правило, левой). В качестве маркировки могут выступать часы, браслеты, плетения из бисера или ниток (так называемые «фенечки»). Основным условием является то, что эти «маркеры» присутствуют постоянно: ребенок не снимает их ни днем, ни ночью.

Продолжение *подэтапа 3А* характеризуется работой над теми частями собственного тела, которые могут отражать метрические соотношения по оси:

«**ПРАВО-ЛЕВО**». На этом этапе используется комплекс заданий, требующих анализа расположения отдельных частей рук, а затем ног. В первую очередь работа проводится с ведущей рукой ребенка (соответственно ведущей ногой):

— в отношении правой руки — то, что «**ДАЛЬШЕ**», то «**ПРАВЕЕ**»;

— в отношении левой руки — то, что «**ДАЛЬШЕ**», то, соответственно, «**ЛЕВЕЕ**».

По аналогии с этим комплексом заданий указанные представления отрабатываются и закрепляются соответственно на правой и левой ногах.

*Подэтап 3Б* формирования пространственных представлений заключается в переходе к анализу взаиморасположения объектов во внешнем пространстве с позиции «право-левой» ориентировки.

Отрабатываются представления: «**СЛЕВА ОТ...**», «**СПРАВА ОТ...**», «**ЛЕВЕЕ, ЧЕМ...**», «**ПРАВЕЕ, ЧЕМ ...**». Необходимо постоянно возвращаться к уже усвоенным ранее представлениям: «**ВЫШЕ**», «**НИЖЕ**», «**НАД**», «**ПОД**», «**ПЕРЕД**», «**ЗА**», «**ДАЛЬШЕ**», «**БЛИЖЕ**», чередуя эти пространственные представления (и их вербальные обозначения) с осваиваемыми в этот момент.

*Заключительная часть раздела 1*

Для завершения овладения топологическими, координаторными и метрическими представлениями с выходом на целостное представление о пространстве необходимо отработать пространственное представление «**СЗАДИ**» как в его метрической части — *ближе ко мне (сзади), дальше от меня (сзади)*, так и координаторной части — *сзади сверху, сзади снизу, сзади слева, сзади справа*.

Комплекс контрольных заданий в целом аналогичен контрольным заданиям каждого этапа раздела. Необходимо обратить внимание на степень автоматизации и интероризации сформированных навыков в целостном комплексе метрических и координатных представлений ребенка.

**Примечание 1.** Представление «**СЗАДИ**» рекомендуется формировать с детьми не младше 5-летнего возраста.

**Примечание 2.** В случае затруднений при выполнении ребенком тех или иных заданий предполагается возврат к работе над формированием пространственных представлений с опорой на задания предыдущего, уже отработанного этапа.

## **Раздел 2. Формирование квазипространственных представлений**

**Этап 4.** Этот этап посвящен формированию в первую очередь числовых порядковых, временных и через них — иных квазипространственных и собственно лингвистических представлений. Таким об-

разом, именно на этом этапе формируется общность представлений о количественных пространственно-временных понятиях и их соотношениях. Одновременно происходит закрепление материала предыдущих этапов.

На подэтапе 4А чрезвычайно важной является возможность закрепления числового ряда (или овладения им) через последовательное изображение тех или иных объектов в определенном направлении (слева-направо). Например: первым (в крайней левой позиции) изображается яблоко, вторым — груша, третьим — банан, и так до десяти изображений. После чего стрелкой (вектором) слева-направо анализируется направление, в котором рисовались предметы. Далее определяется то, что было нарисовано «ДО» какого-либо из изображений и, соответственно, «ПОСЛЕ» него (рис 4.2).



Рис. 4.2.

По аналогии анализируется число «перед» каким-либо (то есть предшествующее число) и число «после» какого-либо или «за» каким-либо (то есть последующее число). При этом акцент делается на том, что, определяя число «за каким-либо», мы движемся по ходу вектора (стрелки), а определяя число «перед каким-либо», — как бы против стрелки (вектора) (рис. 4.3). Точно так же проводится аналогия и отрабатывается понимание того, что число «перед каким-либо» находится слева от него в числовом ряду, а число «после (него)» — справа от него в числовом ряду.

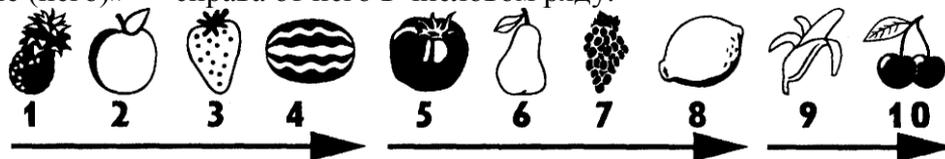


Рис. 4.3.

После отработки этой темы необходимо (для детей школьного возраста) «опредмечивание» перехода через десяток, то есть работа над пропедевтикой трудностей определения разрядности числа и устного счета с переходом через десяток.

Удобно использовать для этого схему (рис. 4.4), на которой первый десяток изображен в виде части спирали, где каждое кольцо спирали представляет из себя соответствующий десяток, то есть разряд числа. Особое внимание в данном случае должно уделяться «направлению» движения по вектору увеличения числа, где точно так же, как и в предыдущей схеме, число «за» будет находиться по ходу стрелки, а число «перед», соответственно, — против направления вектора. Опыт показывает, что такое «опредмечивание» разряда существенно более доступно для понимания сущности разрядности числа, чем используемые в настоящее время «лесенки» или «линейки».

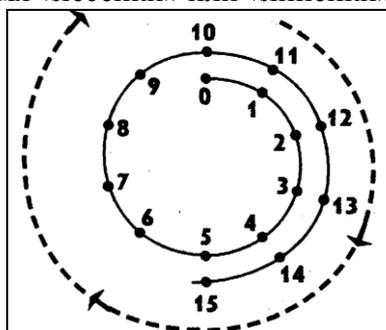


Рис. 4.4.

*Подэтап 4Б* целесообразно начинать с анализа временного распорядка дня ребенка. Для этого анализируется, что ребенок обычно делает в первую очередь **ПОСЛЕ** того, как он проснулся, что делает **ПОСЛЕ** этого и так далее.

Затем схематичным образом (см. рис. 4.5 а, б) прописывается распорядок дня, дается четкое направление хода времени. Со зрительной опорой на схему у ребенка формируется понятия «**РАНЬШЕ**», «**ПОЗЖЕ**», соответственно — «**ДО**» и «**ПОСЛЕ**», на конкретном материале распорядка дня.

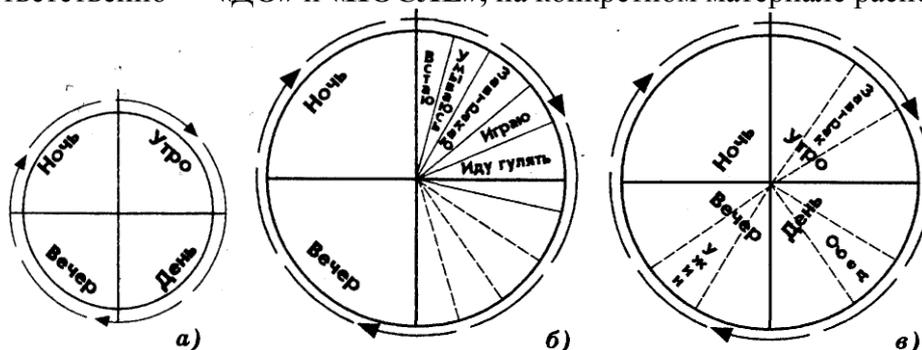


Рис. 4.5.

Далее на аналогичной схеме прописываются последовательности:

- времени суток (рис. 4.5в);
- времен года (рис. 4.6 а): анализируется, какое время года было «**ДО**», какое — «**ПОСЛЕ**», какое — «**МЕЖДУ**»;
- дней недели (рис. 4.6б);
- месяцев в году (рис. 4.6в).

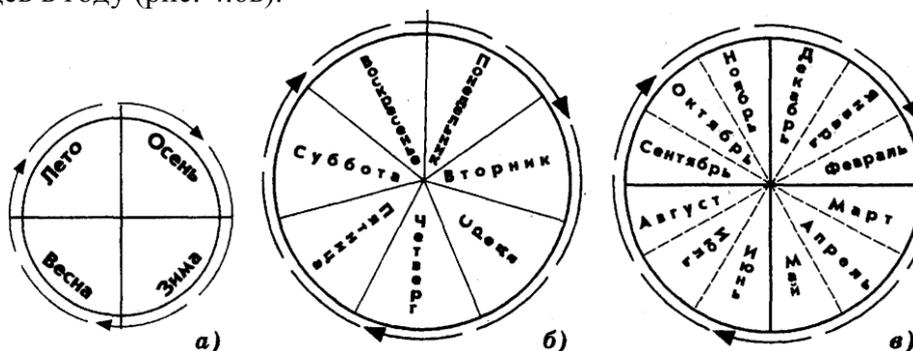


Рис. 4.6.

Параллельно отрабатывается понимание сложных временных конструкций и возможность их актуализации. Например, понимание конструкций:

- после какого времени года наступает...
- перед каким временем суток бывает... И т.п.

**Примечание.** Для детей дошкольного возраста последовательность «**Месяцы года**» не анализируется, так как, по современным нейропсихологическим данным, в этом возрасте дети испытывают трудности удержания порядка элементов даже при их относительно небольшом объеме (6-7 элементов).

В качестве контрольного материала можно использовать анализ прочитанных текстов или речевых конструкций, содержащих определенную последовательность событий, «событийный» анализ серии последовательных сюжетных картин (особенно в случае выявления суженного объема слухоречевого запоминания).

**Этап 5.** На этом этапе формируются навыки ориентировки и анализа времени на циферблате стрелочных часов (рис. 4.7). Анализируются представления: «**что было раньше**», «**что позже**», «**что до ...**», «**что после ...**», то есть что произошло вначале, а что — потом. В последнюю очередь, после

сформированного представления по этим позициям, обрабатывается узнавание времени на всем циферблате.

**Примечание.** Этот этап целиком опирается на прочное усвоение этапов 1-3, но может потребовать более длительного времени при работе с леворукими детьми.

На этом же этапе проводится работа по пропедевтике трудностей решения задач на время, расстояние и т.п.

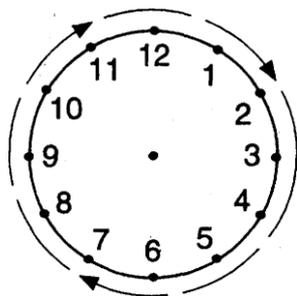


Рис. 4.7.

**Этап 6** посвящен формированию сравнительных степеней прилагательных. Формируется понимание и анализ континуумов качества (в рамках работы с антонимами).

На этом этапе прорабатываются пространственные признаки качества, начиная с уже знакомых и отработанных пространственных понятий, таких как «**ВЫСОКИЙ-НИЗКИЙ**», «**ШИРОКИЙ-УЗКИЙ**», «**ТОНКИЙ-ТОЛСТЫЙ**» и т.п.

Далее проводится работа с эмоционально значимыми понятиями в парах: «**ДОБРЫЙ—ЗЛОЙ**», «**ХОРОШИЙ—ПЛОХОЙ**» — через все пространство (континуум) заданного качества.

Аналогичным образом проводится работа по формированию сравнительных степеней прилагательных, наречий (*маленький; чуть больше, чем...; еще больше, чем...; большой* и т.п.)

**Этап 7** является завершающей частью программы и представляет собой серию заданий, в которых необходимо не только понимание, но использование, формирование ребенком сложных речевых конструкций. Предполагается работа с инвертированными или пассивными речевыми конструкциями. Так, например, дети должны успешно справляться с заданиями типа «Закончи предложение»:

- Перед тем как прийти домой,...
- Перед тем как идти гулять, я...
- Дети стояли по росту в ряду. Последним стоял самый высокий. Первым стоял...
- Вместо того, чтобы надеть сапоги, я...

Кроме того, на этом этапе можно предлагать вопросы типа:

- Что длиннее: час или сутки ?
- Что короче: день или секунда ?
- Что длится меньше: перемена или урок ?
- Какое время года бывает перед осенью ?
- Какой день недели бывает перед средой ?
- После какого дня недели наступает пятница ?
- Какой месяц является первым месяцем зимы?
- Какой месяц является последним месяцем весны?

**Примечание.** Для детей с различными вариантами тотального недоразвития высших психических функций занятия по данной программе могут продолжаться и в средней школе ввиду сложности программы для указанной категории детей.

Таким образом, предложенная программа не ограничивается формированием пространственных представлений, позволяет, помимо этого, решать и такие задачи, как:

- 1) развитие вербального анализа и вербально-логического мышления;
- 2) работа над расширением словарного запаса и увеличением объема общей осведомленности ребенка;

- 3) коррекция ошибок оптико-пространственного типа, слитного написания предлогов в письменной речи;
- 4) ориентация во временных представлениях, в пространстве времени, в временных интервалах;
- 5) коррекция трудностей понимания сложных грамматических конструкций, в том числе инвертированных, пассивных, пространственно-временных и квазипространственных;
- 6) профилактика трудностей овладения числовым рядом, решением математических задач, в том числе задач на движение;
- 7) развитие умения работать со схемами и планами;
- 8) развитие навыков самостоятельной творческой работы.

#### **4.2.3. Система развивающе-коррекционной работы, базирующаяся на уровневом подходе к аффективной регуляции поведения и сознания**

Как уже указывалось, работа по гармонизации аффективной сферы, формирование и коррекция иерархии уровней базовых аффективных составляющих должны лежать в основе всей работы психолога с эмоционально-личностной сферой ребенка, «выстраивания» его межличностных отношений.

Все социально-личностное становление ребенка является естественным продолжением формирования в раннем возрасте и дальнейшим «наращиванием» базальной структуры аффективных регуляций, базовых аффективных составляющих всей психической деятельности человека.

В этой связи становится максимально актуальной не только развивающе-коррекционная работа с «верхними» феноменологическими уровнями эмоционально-личностной сферы и межличностных отношений детей и подростков, но и, в первую очередь, гармонизация базальной аффективной сферы как основы поведения и сознания человека.

Поэтому мы рассматриваем систему коррекционной работы О. С. Никольской как наиболее эффективную программу развития и коррекции эмоционально-личностной сферы детей применительно не только к детям с РДА, на модели которого она и была создана, но и к самым различным категориям детей с отклоняющимся развитием. Фактически эта система не имеет противопоказаний к использованию, так как у любого ребенка, к какому бы типу развития он ни относился, должна быть сформирована как гармоничная система базальной аффективной регуляции, так и ее высшие компоненты — непосредственно эмоционально-личностная сфера. На наш взгляд, современных аналогов, сравнимых по глубине проработки и «технологичности», нет ни в нашей стране, ни за рубежом.

Теснейшим образом к данной системе регуляции аффективно-эмоциональной сферы примыкает и одно из современных направлений глубинно-психологически ориентированной психотерапии, известное как «кататимное переживание образов (символдрама)». В качестве метафоры можно охарактеризовать кататимно-имагинативную психотерапию как «психоанализ при помощи образов». Из известных на сегодняшний день примерно пятнадцати направлений психотерапии, использующих образы, символдрама является наиболее глубоко и системно проработанным, технически организованным методом, имеющим фундаментальную теоретическую базу.

Практика работы отдельных образовательных центров г. Москвы и некоторых образовательных учреждений коррекционного типа показала, что этот метод наиболее «интегративно» и адекватно может быть использован для работы с различными типами отклоняющегося развития, показывает хорошие результаты и, что самое главное, может быть эффективно «встроен» в образовательное пространство. Рассматривая его с точки зрения гармонизации уровневой аффективной организации развития ребенка, следует отметить, что этот метод как никакой другой реализует (пусть даже в несколько другой системе и другом режиме) основные положения и принципы этого подхода. Поэтому мы сочли необходимым выделить этот метод коррекционной работы в отдельный раздел.

*Основы программы по формированию базовой аффективной регуляции (гармонизация уровневой регуляции аффективной сферы по О.С. Никольской)* (Основы уровневого подхода к развитию и коррекции эмоционально-личностной сферы и базовой аффективной регуляции ребенка приводятся в сокращенном варианте по монографии «Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция» под ред. В.В. Лебединского, О.С. Никольской и др., - М.: МГУ, 1990)

Поскольку данная программа представляет собой чрезвычайно многогранную, развернутую и детально проработанную систему, в настоящей работе описаны лишь основные, наиболее существенные моменты ее построения. В наши задачи не входит конкретное описание программы, разработанной

в школе К.С. Лебединской - О.С. Никольской. Отсылаем заинтересованного читателя к работам этой школы [18, 35 и др.].

В условиях психологической работы с эмоционально-личностной сферой ребенка важно обращение к базальной аффективной сфере. Таким образом, работа психолога должна ориентироваться не только на совершенствование высших личностных образований, но и на направленную стимуляцию базальных механизмов, на которую опираются, в свою очередь, высшие личностные структуры. И здесь можно говорить об использовании принципа онтогенетического становления, в данном случае — аффективных структур. Подобный путь оказывается значительно более эффективным, чем «работа с феноменом».

Таким образом, одной из **первых задач**, решаемых в контексте уровневого подхода к работе с эмоционально-аффективными структурами, является преимущественная ориентация воздействий на собственные резервы и механизмы базальной аффективной сферы.

Несмотря на то, что разработано множество психотерапевтических приемов и методов, направленных на изменение эмоционального состояния, необходимо учитывать, что *любое* (выделено авт.) вмешательство в аффективную сферу «...воздействует не только на конкретное патологическое проявление, но ведет к изменению соотношений в целостной структуре эмоциональной регуляции» [35]. Поэтому **второй, и важнейшей, задачей** психологической работы является ориентация на структуру уровней в патологически измененной или несформированной аффективной системе. Таким образом, психокоррекционная работа уже с самого начала ориентируется не на деактуализацию определенных эмоционально травмирующих ситуаций, купирование отдельного патологического симптома, а на определенный уровень проявления этого симптома. Ведь отработка, даже очень качественная, правильных социально приемлемых эмоциональных реакций в одной конкретной ситуации не может гарантировать адекватности ребенка в других обстоятельствах.

Поэтому **третья задача** состоит в поиске места данного симптома в иерархии признаков аффективной дезадаптации. Правильно выбранные психокоррекционные приемы должны помочь ребенку усовершенствовать доступные ему способы аффективной адаптации к окружающему (в широком смысле этого слова), обеспечить ему максимально возможный комфорт в контакте с окружающим миром, побудить к углублению этого контакта, к усложнению возникающих аффективных задач, тем самым формируя механизмы эмоциональной адаптации нового, более «высокого» уровня регуляции.

Вместе с тем выбор точных психокоррекционных приемов еще не может сам по себе обеспечить успех. Психокоррекционный подход должен сочетать прицельную «тактическую» работу над дефицитарными механизмами аффективной адаптации с общим «стратегическим» воздействием на аффективную структуру в целом, то есть отладку целостной структуры базальной аффективной организации. Поэтому **четвертой задачей** психолога в его работе с базальной эмоциональной сферой является определение синдрома имеющегося отклонения аффективного развития, то есть выявление «искажений» иерархии отношений внутри системы аффективной организации и связанная с этим разработка коррекционных воздействий, направленных на переструктурирование данной системы.

Такая организация коррекционной работы включает, во-первых, укрепление смысловой иерархической связи между аффективными уровнями, в которой доминирующую роль играет четвертый уровень, организующий эмоциональное взаимодействие с другими людьми и контролирующей с этой точки зрения включение низших отделов, и, во-вторых, она предполагает стимуляцию развития тонической функции всех базальных уровней. Это способствует поддержанию активности, устойчивости, направленности ребенка на контакт с окружающим миром, адекватное общение с людьми, стремление к преодолению трудностей.

Содействие развитию тонической регуляции эмоциональной системы, обеспечение для этого притока необходимых аффективных впечатлений является **пятой задачей**, решаемой в программе уровневой регуляции аффективной сферы. Необходимая интериоризация приемов тонизирования аффективной регуляции достигается отработкой приемов поведения в адекватных культуре играх и навыках социального поведения. Идеальной целью коррекционных программ, в основе которых лежит уровневой подход к строению аффективной сферы, является формирование устойчивых поведенческих механизмов, обеспечивающих на доступном ребенку уровне стабильность в саморегуляции внутренних аффективных процессов и эмоциональную адекватность в контактах с окружающим миром.

Программа гармонизации уровневой регуляции представляет собой определенный последовательный ряд этапов, опирающихся на выявленный характер дезадаптации или несформированности аффективной сферы, складывающийся в целостный синдром аффективной дезадаптации (соответствующий тому или иному типу отклоняющегося развития) (см. раздел 2). Точно так же выявление сохранных уровней аффективной организации, чувствительность ребенка к стимулам следующего (несформированного или дезадаптированного) аффективного уровня позволяют непосредственно актуализировать ту зону ближайшего развития, которая актуальна не только в работе с интеллектуальным недоразвитием, но может быть определена и по отношению к работе со сферой аффекта и эмоций.

Таким образом, основные принципы построения коррекционных программ, приведенные в начале раздела 4, сохраняют свою актуальность и в программе уровневой регуляции аффективной сферы. Еще раз подчеркнем, что характер, последовательность и организация каждого этапа программы отражают не только особенности работы с детьми с искаженным развитием преимущественно эмоционально-волевой сферы (ранний детский аутизм), на модели которого она и была разработана, но и могут быть «транслированы» на различные виды отклоняющегося развития.

Первоначальными условиями проведения эффективной коррекционной работы является выявление «глубины» аффективной дезадаптации и ее соотношения с уровнем несформированности (недоразвития) познавательной деятельности.

На начальном этапе работы необходимо установить аффективный контакт, эмоциональное взаимодействие с ребенком на основе доступных ему уровней аффективной организации. Психологическая коррекция данного типа предполагает одновременное развитие тонической основы аффективной регуляции и отработку способов аффективного приспособления к окружающему. Первая тенденция должна несколько опережать вторую. Вначале необходимо «поднять» эмоциональный тонус ребенка за счет привычных ему впечатлений, соответствующих тому уровню аффективной организации, к которому он максимально приспособлен. Одновременно с помощью соответствующих приемов должна развиваться потребность ребенка во впечатлениях доступных ему уровней, находящихся исходно в «угнетенном» состоянии, и формироваться социально адекватные способы их получения во взаимодействии с внешним миром.

Регуляция эмоционального взаимодействия с ребенком также сначала должна происходить на основе доступного ему уровня организации. На высшем из доступных уровней проводится достаточно длительная отработка взаимоотношений с окружающим, восстановление адекватной этому уровню аффективной картины мира, способов реагирования на его (мира) воздействия.

Следует отметить, что любое коррекционное воздействие должно осуществляться под эмоциональным контролем четвертого уровня с «настройкой» ребенка на эмоциональное сопереживание. Возможность такого эмоционального включения и сопереживания является критерием формирования адекватных способов тонизирования.

На основе достигнутого «благополучия» в контактах с миром становится возможным усложнение этого взаимодействия с одновременным формированием механизмов следующего уровня, что способствует формированию более сложных способов поведения, соответствующих этому новому уровню. Но и эта работа не может быть изолирована от эмоционального сопереживания и контакта с близкими, расширения «стереотипов» взаимодействий с ребенком и форм эмоционального контакта.

Подобное «упорядочение базальной аффективной организации дает возможность перейти к работе по развитию самосознания, самооценки ребенка, ролевых отношений, социально-адекватных его возрасту и интересам» [35].

**4.2.4. Символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия)** (Описание основ метода приводится с незначительными сокращениями по монографии Я.Л. Обухова «Символдрама: Кататимно-имагинативная психотерапия для детей и подростков». — М.: Владос, 1998г.)

Как уже отмечалось, метод символдрамы (метод «переживания сновидений наяву») как один из методов глубинно-психологически ориентированной психотерапии оказался высокоэффективным при работе с детьми с различными типами дисгармонического развития (психосоматическими заболеваниями, невротическим развитием личности), преимущественно интрапунитивного типа, и является наиболее глубоко, системно проработанным и технически организованным.

Название метода происходит от греческих слов *ката* — «соответствующий», «зависящий» и *тимос* — одно из обозначений «души» (в данном случае имеется в виду эмоциональность). На русский язык название метода можно перевести как *эмоционально обусловленное переживание образов*.

Метод разработан известным немецким психотерапевтом профессором, доктором медицины Ханскарлом Лейнером (1919-1996) [20]. Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов, «картины» на заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функции. Концептуальная основа метода — глубинно-психологические, психоаналитически ориентированные теории, анализ бессознательных и предсознательных конфликтов, аффективно-инстинктивных импульсов, процессов и механизмов защиты как отражения актуальных эмоционально-личностных проблем, анализ онтогенетических форм конфликтов раннего детства.

В основе метода лежат концепции классического психоанализа, а также его современного развития (теория объектных отношений М. Кляйн, эго-психология А. Фрейд, психология «Я» Х. Хартманна, «Self-Psychology» Х. Когута и их последующая разработка в трудах Ш. Ференци, М. Балинта, Э. Эриксона, Р. Шпитца, Д.В. Винникотта, М. Малера, О. Кернберга, И. Лихтенберга). Оставаясь на принципиальных психоаналитических позициях, много общего метод имеет с теорией архетипов и коллективного бессознательного К.Г. Юнга, а также с разработанным им методом активного воображения.

С феноменологической точки зрения, можно проследить параллели этого метода в детской игровой психотерапии, в психодраме Я. Морено и Г. Лейца и в элементах гештальт-терапии по Ф. Перлсу. В техническом плане символдраме близки элементы ведения психотерапевтической беседы по К. Роджерсу и некоторые стратегии поведенческой терапии, например по И. Вольпе.

Тем не менее символдрама — это не комбинация из смежных психотерапевтических методов, а самостоятельная, оригинальная дисциплина, многие элементы которой возникли задолго до того, как они появились в других направлениях психотерапии [23]. В символдраме, таким образом, успешно соединились преимущества богатого спектра психотерапевтических техник.

Необходимость и эффективность применения этого подхода определяется тем, что психотерапевтические методики работы с детьми и подростками ориентируются прежде всего на различные игровые техники и методы разговорной психотерапии. При помощи игры психолог, работающий с ребенком раннего возраста, дошкольником и ребенком младшего школьного возраста, получает самую разнообразную информацию о бессознательных конфликтах, страхах и невротических установках ребенка. В игре часто отражается социальная ситуация, в которой развивается ребенок, а также взаимоотношения ребенка с особо значимыми для него взрослыми. В ходе игры ребенок может находить решения своих проблем, часто даже не прибегая к вербальному толкованию.

Тем не менее в использовании игровой психотерапии существуют определенные ограничения, связанные, с одной стороны, с возрастными границами, а с другой — с определенными психическими структурами.

В работе с более старшими детьми и подростками игровая психотерапия теряет свою эффективность, и более важное значение приобретает разговорная психотерапия. При этом в значительной мере теряется присущая игровой психотерапии эмоциональная составляющая. В разговорной психотерапии зачастую остается нераскрытой глубинная, бессознательная проблематика. Вступающие в действие психологические механизмы защиты и сопротивления скрывают важные бессознательные и предсознательные конфликты и страхи.

Хорошо зарекомендовавшие себя в работе со взрослыми, например, работа со сновидениями или метод свободных ассоциаций, оказываются в основном малоэффективными в работе с детьми прежде всего в возрасте примерно от 8-ми лет до конца подросткового возраста. Эти трудности становятся еще более ощутимыми в работе с детьми с дисгармоническим развитием различного типа. Именно в этих случаях хорошо себя зарекомендовала психологическая коррекция по методу символдрамы, с помощью которой становится возможным работать с глубинными, скрытыми от сознания переживаниями, учитывая одновременно сложную динамику осознаваемых и неосознаваемых психологических механизмов защиты и сопротивления.

Символдрама проводится в индивидуальной, групповой форме и в форме психотерапии пар, когда образы одновременно представляют либо супруги/партнеры, либо ребенок с одним из родителей. Символдрама может быть также составной частью семейной психокоррекционной работы.

Инструментальной основой метода являются так называемые «стандартные мотивы».

*Краткое описание стандартных мотивов*

Мотивы, используемые в символдраме, были выработаны в ходе долгой экспериментальной работы. Из множества возможных мотивов, наиболее часто спонтанно возникающих у пациентов, были отобраны такие, которые, с диагностической точки зрения, наиболее релевантно отражают внутреннее психодинамическое состояние и в то же время обладают наиболее сильным психотерапевтическим эффектом.

В качестве основных мотивов для детей и подростков Х. Лейнер [20] предлагает следующие:

- 1) *луг* как исходный образ каждого психотерапевтического сеанса;
- 2) *подъем в гору*, чтобы увидеть с ее вершины панораму ландшафта;
- 3) *следование вдоль ручья* вверх или вниз по течению;
- 4) *обследование дома*;
- 5) *встреча с особо значимым лицом* (мать, отец, братья и сестры, кумир, учитель и т. д.) в реальном- или символическом обликах (в образе животного, дерева и т. п.);
- 6) *наблюдение опушки леса* и ожидание существа, которое выйдет из темноты леса;
- 7) *лодка*, появляющаяся на берегу пруда или озера, на которой ребенок отправляется покататься;
- 8) *пещера*, которую сначала наблюдают со стороны в ожидании, что из нее выйдет символическое существо, и в которую, по желанию ребенка, можно также войти, чтобы в ней побыть или чтобы исследовать ее глубины.

Наряду с перечисленными мотивами в последние годы широко используются также три следующих дополнительных мотива:

- 1) наблюдение и установление контакта с *семьей животных* с целью получить представление о проблемах в семье ребенка, а также провести их коррекцию;
- 2) получение во владение *надела земли*, чтобы что-нибудь на нем построить или возделывать его;
- 3) представление себя примерно на *10 лет старше*.

Для подростков можно предложить также мотив *собственная машина* или *мотоцикл*.

Кроме того, для диагностической оценки состояния ребенка особенно эффективными оказались следующие мотивы:

- *дерево*;
- *три дерева*;
- *цветок*.

В определенных случаях используются специфические мотивы:

- представление *реальной ситуации* в школе или дома;
- *воспоминания* из прошлого опыта;
- представление последней сцены из *ночного сновидения* и продолжение ее развития в «сновидении наяву» под контролем психотерапевта;
- интроспекция внутренностей тела (путешествие в глубь своего тела);
- представление определенных предметов, имеющих особое эмоциональное значение, например *игрушек, любимой куклы, плюшевого мишки* или *другой мягкой игрушки*.

Все мотивы имеют, как правило, широкий диапазон диагностического и терапевтического применения. В то же время существует определенное соответствие между каждым конкретным мотивом и некой проблематикой. Можно говорить об отнесенности конкретных мотивов к определенной проблематике и стадии детского развития, а также об особой эффективности некоторых мотивов в случае определенных типов отклоняющегося развития, патологических симптомов.

Как показывает опыт, стиль и технику ведения символдрамы можно освоить только в ходе специальных обучающих семинаров. В таких семинарах участники разбиваются на пары или тройки и попеременно меняются ролями: один становится клиентом, другой психотерапевтом, получая от партнера обратную связь: какое впечатление производит его *стиль ведения*. Все это контролируется и анализируется преподавателем, который ведет семинар. В то же время своими впечатлениями делится вся группа.

Важное место в работе по методу символдрамы занимает рисование ребенком пережитого им образа. Анализ рисунка включает в себя интерпретацию основного цветового фона изображения и цвета отдельных его элементов. Известно, что цвет косвенно отражает аффективную сферу, эмоции человека. Причем один и тот же цвет может одновременно вызывать сразу множество различных, часто противоположных переживаний. Поэтому при анализе рисунка важно расспросить ребенка, какое впечатление производит на него рисунок в целом и отдельные его части, нравится ли ему тот или иной цвет и т. д.

Символика цвета определяется одновременно множеством факторов, как наследуемых, так и формирующихся при жизни. При этом на образование символа может оказывать влияние любое событие жизни ребенка, вплоть до актуальной ситуации, в которой находится он сейчас.

Учитывая многозначность, многоплановость и амбивалентность символа, мы не можем делать однозначных выводов на основании лишь одного только конкретного рисунка, образа. Интерпретация допускается только на уровне гипотезы, степень вероятности которой в последующем будет либо повышаться, либо понижаться в ходе интерпретации других рисунков, образов и сновидений, а также анализа истории жизни и актуальной личностной ситуации. Как правило, проблема или внутренний конфликт отражаются в разных формах почти в каждом образе и рисунке ребенка. Это позволяет специалисту-психологу сделать достаточно точные и объективные диагностические выводы на основании совокупности образов и рисунков.

Лучше всего применение метода символдрамы зарекомендовало себя при работе с детскими фобиями (страхами). При этом эффективным оказалось постепенное, пошаговое «декондиционирование» (снятие условнорефлекторных зависимостей), напоминающее методы поведенческой терапии.

#### *Противопоказания для применения символдрамы*

Явных противопоказаний для применения метода в случае эмоционально обусловленных девиаций поведения детей и подростков нет. Психика ребенка находится еще в постоянном развитии, поэтому возможные несформированности, отклонения поддаются коррекции. Однако в тех случаях, когда выраженность отклоняющегося развития ребенка требует в первую очередь вмешательства врача, психологическая коррекционная работа отступает на второй план и возможна только после необходимых лечебных мероприятий и по согласованию с лечащим врачом.

#### *Возрастные показания и ограничения*

Как показывает опыт, дети до 6-7 лет особенно сильно подвержены воздействию образов и вызываемых ими эмоций. Этот период сравнивают даже с возрастом фантазий или возрастом сказок, в котором неразрывно связаны образное мышление, эмоциональные переживания и телесные ощущения и реакции. Представление ярких образов может быть связано для ребенка в этом возрасте с переживанием сильных страхов, нарушением сна и другими негативными явлениями. Фантазии могут проявляться настолько сильно, что могут доминировать даже в состоянии бодрствования, в результате чего даже объективно неопасные вещи могут казаться угрожающими. Кроме того, в этом возрасте еще не достаточно сформировались функции зрелого «Я», позволяющие справляться с внутренними и внешними конфликтами.

С детьми до 7-ми лет занятия по этому методу в целом проводятся довольно редко. Кататимно-имагинативная психотерапия возможна в этом возрасте только тогда, когда психотерапевт может дать ребенку, благодаря подчеркнuto суггестивному ведению, необходимое чувство безопасности и защищенности, компенсируя одновременно еще недостаточно зрелую структурную организацию «Я» ребенка и его защитных механизмов. По этой причине основная масса детей, в работе с которыми применяется символдрама, относится к возрастной группе от 8-ми до 12-ти лет.

#### *Эффективность метода*

1. Символдрама в определенном смысле закрывает пробел между игровой и разговорной психотерапией детей и подростков, компенсируя их недостатки и эффективно используя их преимущества.

2. Символдрама позволяет ребенку разобраться со своими конфликтами и проблемами на символическом уровне. Тем самым можно обойтись без интеллектуального разбора собственных проблем, к которому ребенок может быть еще не готов.

3. Пожалуй, нет другого метода психотерапии детей и подростков, который столь же оптимально учитывал бы нарциссические переживания ребенка. В игровой терапии, тоже очень важной в этом возрасте форме психотерапии, терапевт постоянно сталкивается с вопросом: что делать, если ребенок не

умеет проигрывать? Либо он должен почти в каждой соревновательной игре сверх всякой меры разочаровывать ребенка его поражением, либо он дает ребенку возможность победить и тем самым испытывает конфликт из-за собственного неестественного, фальшивого поведения. Эта проблема разрешается только в имажинативной психотерапии, в ходе которой ребенок может себе позволить представить на уровне фантазии нарциссически обусловленные переживания собственной «грандиозности».

4. Благодаря особой пластичности метода символдрамы, с творческим использованием рисования удается хорошо варьировать его применение, сочетая и дополняя им другие методы психотерапии. Символдрама может использоваться и как основная форма психологической коррекции, и в комбинации с другими формами, прежде всего с игровой психотерапией, что позволяет существенно динамизировать коррекционный процесс и сделать важные диагностические выводы о ходе коррекции.

5. Часто образы ребенка и особенно их отражение в рисунке в значительно большей мере раскрывают глаза родителям на процессы внутреннего развития и специфические проблемы их ребенка, чем другие формы беседы и убеждения;

6. Метод символдрамы является одним из немногих психотерапевтических методов, хорошо зарекомендовавших себя в работе с детьми и подростками, направленным непосредственно на гармонизацию аффективной сферы с учетом принципа замещающего развития.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Все большее число психологов, особенно психологов-практиков, убеждаются в необходимости теоретического переосмысления многих кажущихся незыблемыми основ. Огромный разрыв между теоретическими положениями, академическими представлениями о психическом развитии ребенка и реалиями современной жизни начинает сокращаться усилиями психологов образования, ориентированных в первую очередь на решение практических задач адаптации ребенка в образовательном пространстве.

Наиболее сложной проблемой остается проблема терминологии, относящейся к описанию детей с особенностями развития, трудностями обучения и воспитания. С одной стороны, традиционная терминология перестает удовлетворять практиков в связи с появлением принципиально новых феноменов отклоняющегося развития. С другой — появляются все новые и новые понятия и терминологические подходы без какого-либо адекватного и понятного соотнесения их с уже имеющимися, что усложняет и без того непростую ситуацию, не дает специалистам возможности разговаривать на едином, понятном друг другу языке.

Острота положения усугубляется еще и тем, что методология и конкретные технологии диагностической и непосредственно коррекционной работы с детьми с различными видами отклоняющегося развития продолжают оставаться на начальной стадии разработки, несмотря на то, что говорят об этом уже давно. То же можно сказать непосредственно и об инструментарии психолога-практика. До сих пор мы не можем окончательно определиться ни с каким-либо базовым минимальным комплектом методов и средств диагностики и коррекции, которым должен владеть психолог (тем более психолог, ориентированный на работу с детьми с отклоняющимся развитием), ни с методологией анализа, оценки состояния ребенка и прогноза его дальнейшего развития. Теоретические подходы к решению этих вопросов, высказанные еще Л.С. Выготским, остаются до сих пор лишь благими пожеланиями.

Ответом на эти непростые вопросы и является эта книга. Мы ни в коей мере не присваиваем себе права на истину в последней инстанции. В своей книге мы попытались объединить классические и современные подходы к анализу и работе с проблемными детьми, дать «интегративное» видение не только самого ребенка и его развития, но и методологии работы с ним, опираясь на собственный опыт, опыт наших коллег и сотрудников.

Мы полностью отдаем себе отчет в том, что представленная концепция развития ребенка, введение и учет понятия «базовые составляющие» как основной макроединицы анализа психического развития ребенка в целом еще далеки от полного разрешения проблем и безусловно требуют дальнейшего уточнения и разработки.

Что касается предлагаемой нами типологии отклоняющегося развития, то разделение огромного разнородного массива проблемных детей на предлагаемые подгруппы и типы в определенной степени условно (впрочем, как и любая иная типология и классификация), так как часто мы наблюдаем сочетанные сложные комплексные случаи, которые можно лишь условно, выделяя ведущие признаки и характеристики, отнести к той или иной группе, тому или иному типу отклоняющегося развития. В то же время именно подобная типология позволила создать самые разнообразные практические технологии работы с детьми, начиная от построения диагностической гипотезы и оценки состояния ребенка с постановкой психологического диагноза до адекватных в каждом конкретном случае развивающих и коррекционных тактик работы и технологий взаимодействия различных специалистов.

Сегодня можно говорить о создании своего рода методологии анализа развития ребенка, основанной на достижениях наиболее современных направлений психологии детства. В то же время безусловно остается и много нерешенных вопросов, требующих участия не только психологов, но и специалистов, работающих в смежных областях (тифло- и сурдопедагогов, логопедов, специалистов по работе с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата, неонатологов).

Авторы надеются, что представленные в книге подходы и практические технологии работы полезны и могут быть использованы в практической деятельности психологов различных направлений.

Приложение 1

Сводная таблица основных показателей групп детей с отклоняющимся развитием.

Группа «Недостаточное развитие»

Подгруппа «Тотальное недоразвитие»

Варианты «тотального недоразвития»	Простой уравновешенный тип	Аффективно-неустойчивый тип	Тормозимо-инертный тип
Показатели развития			
1	2	3	4
Внешний вид, специфика поведения	Вполне вероятно наличие внешней стигматизации, в том числе ожирения. Ребенок непосредственен, может держаться без дистанции, в то же время достаточно спокоен. Ориентировочная реакция может быть как снижена, «приглушена», так и повышена (элементы пологого поведения). Обнаруживается моторная неловкость	Аналогично простой уравновешенной форме. Поведение часто носит полевой характер. Импульсивен, эйфоричен или, наоборот, дисфоричен, может быть агрессивен. Очень легко переход от эйфории к дисфории, внешне, как правило, ничем не обусловленный, не имеющий причины. Движения часто резкие, неловкие	Могут присутствовать признаки внешней стигматизации, часто встречается повышенная саливация. Чаще дети бывают повышено упитанны. Ребенок неуклюжий, двигательно неловкий. Тихий, заторможенный, вялый и неактивный. В контакт вступает медленно, не сразу понимает, что от него хотят, очень долго «въезжает» в ситуацию. Часто чрезмерно зависим от взрослого.
Особенности латерализации (доминирование парных органов в чувств, рук, ног)	Этот показатель не является специфичным к данному варианту отклоняющегося развития. Однако наличие знаков левшества осложняет общую картину и динамику развития	Более специфично наличие знаков смешанной латерализации, чем при простой уравновешенной форме тотального недоразвития. Это является фактором, усугубляющим поведенческие и когнитивные особенности	Этот показатель не является специфичным к данному варианту отклоняющегося развития
Темповые характеристики деятельности, работоспособность	Деятельность замедленная, однако в силу не критичности может выполнять задания достаточно быстро, но абсолютно неправильно. Работоспособность может быть и нормальной (при отсутствии сопутствующей астенизации), ребенок, как правило, мало пресыщаем	Чаще всего работает крайне импульсивно, темп может быть крайне неравномерен. При контроле взрослого и увеличении продуктивности деятельности темп резко падает. Быстро пресыщаем, на фоне пресыщения может дать аффективную вспышку. Работоспособность снижена, хотя в деструктивной деятельности в отдельных случаях может быть достаточно «работоспособен»	Темп деятельности выражение замедлен, ребенок инертен. В то же время отвлекаем и легко тормозим. Работоспособность невысокая, но в отдельных случаях может быть достаточной. Как правило, дети быстро пресыщаемы
Сформированность регуляторных функций (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль)	Отмечается недоразвитие регуляторных функций. Иногда с трудом работает даже под контролем взрослого, не удерживает задание. Контроль за собственной деятельностью малодоступен. В тяжелых случаях произвольная регуляция деятельности существует лишь на наиболее элементарных уровнях	Грубо несформирована (недоразвита) регуляторная функция на всех уровнях. Это является специфичным для данной формы тотального недоразвития	Сформированность регуляторных функций недостаточна, но может быть лучше, чем при аффективно-возбудимой форме. Скорее страдают высшие формы регуляции (программирование своей деятельности, самоконтроль), чем ее базовые компоненты
Адекватность	Явно недостаточна. Для данного варианта тотального недоразвития специфично наличие адекватных форм поведения на бытовом уровне, характерных для конкретных уровней недоразвития (глубины дефекта). Выраженность неадекватности зависит от глубины дефекта.	Грубо нарушена, вплоть до выраженной неадекватности	Порой создается впечатление достаточной адекватности, но при тщательном анализе видно, что в целом адекватность недостаточна, хотя ее формирование лучше, чем при аффективно-возбудимой форме. Ребенок адекватен к ситуации экспертизы (в силу неуверенности, заторможенности). В некоторых ситуациях (например, на уроке) может быть вполне адекватен

Критичность	Чаще всего грубо снижена, в то же время ребенок может адекватно реагировать на похвалу и неодобрение (порицание) со стороны взрослых	Грубо нарушена, вплоть до выраженной некритичности	Снижена, но в меньшей степени, чем при аффективно-возбудимой форме. Свои ошибки замечаются с трудом
Обучаемость	Выражение снижена. Обучается медленно. Крайне затруднен перенос на аналогичный материал даже при подаче его в наглядно-действенной форме. При выраженной степени недоразвития крайне затруднена	Грубо снижена, в том числе за счет неадекватности и некритичности. Обучаемость снижена, как правило, грубее, чем при простой уравновешенной форме	Аналогична обучаемости при простой уравновешенной форме и зависит от тяжести состояния (выраженности тотального недоразвития)
Развитие когнитивной сферы	Тотальное недоразвитие всех высших психических функций (речемыслительной деятельности, различных видов памяти, внимания, конструктивного праксиса и т.п.), отсюда и название подгруппы. Значительное снижение продуктивности и результативности выполнения как вербальных, так и невербальных заданий. Выраженность состояния (соответствующий диагноз) определяется исходя из степени тотального недоразвития (глубины дефекта)		
Игровая деятельность	Носит, как правило, манипулятивный характер, может подражать взрослым во внешнем рисунке действий. При легкой степени выраженности может соответствовать игре детей более младшего возраста. В играх с другими детьми выполняет пассивную роль, нуждается в организации игры. Не понимает условности игры, часто отсутствует "замещающая" игра	Носит манипулятивный и в то же время деструктивный характер. В общении со сверстниками могут быть агрессивны, эйфоричны. В игре стремится занять ведущую позицию, некритично относясь к невозможности этого (отсюда игровая деятельность чаще всего приобретает деструктивный характер)	Не всегда участвуют в играх. Скорее склонны к помощи взрослым (наводить порядок, сортировать, раскладывать какие-либо предметы и т.п.). В играх пассивны, игра в основном манипулятивная, подражательная. Данную взрослым роль удерживает, однако очень инертен и в следующий раз с большим трудом переходит на новую (фиксируется на роли). Условный характер игры часто недоступен
Особенности эмоционально-личностного развития	Ребенок зависим, несамостоятелен, часто эмоционально уплощен, незлобен, благодушен. Может быть несколько эйфоричен. Самооценка неадекватна, ориентирована на оценку другого человека, в том числе и другого ребенка. В силу снижения критичности притязания на успех неадекватны, чаще завышены	Вспыльчив, неуправляем, легко переходит от эйфории к дисфории и агрессии. Практически невозможен самостоятельный продуктивный контакт с другими детьми из-за грубой некритичности. Самооценка настолько несформирована, сколько деформирована. В то же время крайне импульсивен во всем	Часто плаксив, инертен в эмоциональных реакциях. Эмоциональные реакции уплощены. Зависим от взрослого, ориентирован на его реакции. Контакты с детьми устаиваются с трудом
Необходимая развивающе-коррекционная работа	Все варианты развивающе-коррекционной работы. В тяжелых случаях — развитие восприятия через специфические формы сенсорного воздействия.	В первую очередь, формирование произвольной регуляции деятельности, функции программирования и контроля на всех уровнях. Эти виды психологической помощи рекомендовано проводить на фоне либо после курсов медикаментозного лечения. Психотерапевтическая работа с родителями. Любая коррекционная работа возможна лишь на фоне или после проведения курса медикаментозной коррекции	Все варианты развивающе-коррекционной работы. При отсутствии неврологических осложнений показана активная стимуляция, в том числе медикаментозная.
Другие специалисты, необходимые ребенку	Специальный педагог (дефектолог), логопед, психиатр, эндокринолог, генетик	Психиатр, Специальный педагог (дефектолог), логопед, психотерапевт	Специальный педагог (дефектолог), логопед, психиатр, дополнительно — генетик, эндокринолог

**Сводная таблица основных показателей групп детей с отклоняющимся развитием**

**Группа «Недостаточное развитие» (продолжение)**

*Подгруппа «Задержанное развитие»*

Варианты Задержанного развития Показатели развития	Темпово задержанный тип развития (гармонический инфантилизм)	Неравномерно задержанный тип развития (дисгармонический инфантилизм)
1	2	3
Внешний вид, специфика поведения	Выглядит младше своего возраста, живой, непосредственный, грацильн	Выглядит как и при гармоническом инфантилизме, но могут присоединяться нарушения зрения, соматические заболевания (разной степени выраженности)
Особенности латерализации (доминирование парных органов чувств, рук, ног)	Особенности латерализации не специфичны: у ребенка может быть как типичная латерализация, так и наблюдаться знаки левшества	Чаше выявляются знаки левшества, особенно при наличии соматических заболеваний
Темповые характеристики деятельности, работоспособность	Могут быть самыми разнообразными, чаще наблюдается импульсивность, свойственная более младшему возрасту, низкая работоспособность во всем, что не касается игровой деятельности	Работоспособность снижена. При соматических заболеваниях может быть снижена существенно. Темповые характеристики могут быть как снижены, так и условно нормативны: все зависит от характера задания
Сформированность регуляторных функций (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль)	Регуляторные функции сформированы недостаточно, но гармонично по отношению к уровню общего психического развития	Могут быть несколько более зрелыми, чем при темпово задержанном типе развития.
Адекватность	Достаточная в соответствии с актуальным психофизическим развитием	Достаточная
Критичность	Достаточная в соответствии с актуальным психофизическим развитием	Достаточная, но может быть несколько снижена
Обучаемость	Достаточная в соответствии с актуальным психофизическим развитием	Достаточная по возрасту
Развитие когнитивной сферы	Соответствует уровню актуального психофизического развития, на котором находится ребенок	Какая-либо специфика отсутствует. Когнитивная сфера может быть развита достаточно (являться условно нормативной и соответствовать паспортному возрасту)
Игровая деятельность	Все составляющие игры (интересы, мотивация, операциональная сторона) соответствуют показателям того возраста, который демонстрирует ребенок (уровню актуального психофизического развития)	В игре более выражены (по сравнению с темпово задержанным типом развития) аффективные компоненты. Игровые интересы в целом соответствуют возрасту ребенка. В играх, как правило, старается занять ведущие позиции, может быть эмоционально неуравновешен
Особенности эмоционально-личностного развития	Живой, непосредственный, инфантильный. У школьников преобладает игровая мотивация и выраженные игровые интересы. Может быть как пуглив в контактах со сверстниками, так и адекватен	В целом преобладает игровая мотивация, игровые интересы. Дети могут быть капризны, упрямы в связи с некоторой аффективной неустойчивостью. Самооценка, как правило, несколько завышена, в основном за счет снижения критичности
Необходимая развивающе-коррекционная работа	Развивающая работа, специфичная для того возраста, который демонстрирует ребенок. Развитие, в первую очередь, произвольной регуляции, двигательная и когнитивная коррекция. Работа проводится через игровой компонент с учетом игровой мотивации	Преимущественно коррекционная работа, развивающая произвольную регуляцию, в том числе двигательную коррекцию, коррекцию аффективной сферы (гармонизация базовых аффективных составляющих, «выравнивание» их в соответствии с возрастными требованиями). Работа проводится через игровой компонент с учетом игровой мотивации
Другие специалисты, необходимые ребенку	В некоторых случаях необходимо подключение логопеда по формированию звукопроизношения	Семейный психотерапевт (для разъяснительной работы с родителями). При наличии соматических заболеваний - профильный специалист

**Сводная таблица основных показателей групп детей с отклоняющимся развитием.**

**Группа «Недостаточное развитие» (продолжение)**

**Подгруппа «Парциальная несформированность ВПФ»**

Варианты «Парциальной несформ.»	С преобладанием несформированности	С преобладанием несформированности вербального, вер-	С преобладанием несформированности смешанного типа
Показатели развития			
1	2	3	4
Внешний вид, специфика поведения	Физическое развитие в целом соответствует возрасту. Ребенок может быть крупнее и выглядеть старше своего возраста. В поведении наблюдается выраженная двигательная и речевая расторможенность, импульсивность. Ребенок легко отвлекаем. Общая моторика негармонична	Как правило соответствует возрастным показателям. Часто ребенок моторно неловок, скован, может быть несколько повышенного питания	Не обладает выраженной спецификой: могут быть самые разнообразные проявления — от отсутствия специфичности до отдельных внешних стигм
Особенности латерализации (доминирование парных органов чувств, рук, ног)	Наблюдаются те же особенности латерализации, что и в случае подгруппы «Задержанное развитие»	Как правило присутствуют те или иные знаки левшества (неустоявшаяся или смешанная латерализация)	Признаки атипичности развития являются осложняющим фактором
Темповые характеристики деятельности, работоспособность	Работоспособность в целом незначительно снижена. Темповые характеристики деятельности крайне неравномерны (за счет импульсивности и расторможенности). Ребенок быстро пресыщается	Быстро наступают признаки утомления, темп неравномерен, чаще снижен, особенно при работе с вербальными заданиями. На фоне утомления может появляться как импульсивность, так и выраженная вялость, потеря интереса	Работоспособность и темп психической деятельности в целом снижены, порой значительно. Наряду с этим часто встречается импульсивность деятельности, не обусловленная утомлением, расторможенность, вплоть до грубой
Сформированность регуляторных функций (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль)	Регуляторные функции недостаточны, вплоть до выраженной несформированности, когда поведение становится плохо управляемым (в тяжелых случаях). Произвольность может быть выражена несформированно даже на уровне игровой деятельности	Незначительная несформированность регуляторных функций, особенно на фоне утомления. В этом случае контроль за собственными действиями снижается более заметно	Регуляция собственной деятельности и произвольность как основа произвольных форм психической деятельности сформирована недостаточно
Адекватность	Снижена	Достаточная	Достаточная. В динамическом наблюдении на фоне истощения может снижаться
Критичность	Снижена	Достаточная	Может быть как достаточной, так и незначительно сниженной на фоне утомления. В то же время критичность к собственному поведению низкая
Обучаемость	Достаточная при внешней организации	Может быть несколько замедленной	Наблюдаются трудности переноса на аналогичный материал, процесс обучения замедлен

<p>Развитие когнитивной сферы</p>	<p>Недостаточная сформированность всех произвольных видов ВПФ (восприятие, память, внимание, вербально-логическое мышление). Наиболее затруднена работа по образцу (конструктивный праксис). При возможности внешней организации деятельности результативность выполнения заданий может соответствовать условно нормативным показателям</p>	<p>Невысокая речевая активность, сужение объема активного внимания, слухоречевого запоминания. Выраженная несформированность пространственных и квазипространственных представлений. Вторично затруднен конструктивный праксис (за счет несформированности пространственных представлений на всех уровнях). Как следствие затруднено понимание и продуцирование причинно-следственных отношений, понимание сложных речевых конструкций, всех форм словообразования. В то же время, задания наглядно-действенного и наглядно-образного невербального типа выполняются в соответствии с условно нормативными показателями</p>	<p>В первую очередь наблюдается недостаточность операциональной стороны мыслительной деятельности. Изолированно недостаточны отдельные звенья когнитивной сферы (мнестическая деятельность, конструктивный праксис, гностические функции, речемышлительная деятельность), осложненные несформированностью логических форм мышления, включая уровень элементарной логики. Часто затруднена работа с заданиями невербального плана. Их результативность может находиться в пределах нижней границы возрастных показателей</p>
<p>Игровая деятельность</p>	<p>Выражение непоследовательное, часто конфликтное. Легко сходится с детьми и легко расходится. Легко конфликтует, в конфликте несдержан. Игра может быть и без учета ответных реакций. В целом игра характеризуется как импульсивная. Затрудняется в удержании роли, роль не удерживает. Играет «хором» с другими ролевыми персонажами</p>	<p>В целом игра мало отличается от возрастной. Спецификой игры являются некоторые трудности саморегуляции. Часто негатив вызывается тем, что не может выразить свою точку зрения на игру, что вызывает конфликты с другими детьми. Дети этой группы более успешны в играх невербального плана. Могут быть малоактивны в совместных играх, мало задействованы в общих праздниках (в условиях массового обучения), индивидуальных выступлениях</p>	<p>В целом игра более упрощенная, чем при других формах парциальной несформированности ВПФ. Дети могут подолгу быть заняты простыми в операциональном плане играми (преимущественно мимно-пулятивного характера), затрудняются в принятии роли. Часто компенсаторно предпочитают простые по содержанию игры двигательного характера (догонялки, возня, «вопилки» и т.п.), несмотря на определенную двигательную неловкость. При хороших отношениях с воспитателями, предпочитают крутиться возле них, нежели играть с детьми. Хотя могут быть и значительно расторможены, плохо управляемы даже в игре.</p>
<p>Особенности эмоционально-личностного развития</p>	<p>Импульсивен, может быть возбужден, эмоционально лабилен, агрессивен. Самооценка неустойчивая, может быть неадекватной: как импульсивно завышенной, так и заниженной. Притязания на успех, как правило, высокие, не всегда адекватные за счет импульсивности и трудностей удержания правил</p>	<p>Может быть неуверенность в себе, тревожность. Притязания на успех невысокие. Контакты со сверстниками, как правило, не нарушены (хотя иногда наблюдается негативизм по отношению к сверстникам). В игре чаще берет на себя пассивную роль. На фоне утомления может проявляться эмоциональная неустойчивость. Редко участвует в праздниках, не любит выступать перед людьми. Однако в общении с людьми такие дети могут быть активными и адекватными</p>	<p>Могут быть любые варианты личностных и поведенческих особенностей. Чаще встречаются варианты интрапунитивных (по Розенцвейгу) личностных реакций (неуверенность в себе, боязливость, тревожность, опасения несоответствия требованиям взрослых). Также наблюдается обедненность эмоциональных реакций, их «уплощенность»</p>

Необходимая развивающе-коррекционная работа	Формирование произвольности и функции программирования и контроля - в первую очередь с привлечением двигательных и когнитивных техник. Хорошее структурирование (стереотипизация) образовательной среды и режима жизни с целью гармонизации уровней аффективного развития. В грубых случаях необходим жесткий внешний контроль	В первую очередь работа по формированию пространственных и квазипространственных представлений. Любые варианты развития креативности, совместная работа с логопедом, нейропсихологическая двигательная коррекция	Все виды коррекционной помощи, начиная с двигательной нейропсихологической коррекции, формирования произвольной регуляции деятельности, пространственных представлений. Развитие когнитивной сферы. Координация деятельности психолога с работой учителя-дефектолога и логопеда. Часто возникает потребность в организации индивидуального обучения
Другие специалисты, необходимые ребенку	Наблюдение невролога (параклинические исследования: ЭЭГ, РЭГ и т.п.), детский психиатр (в грубо выраженных случаях), нейропсихолог, в отдельных случаях логопед	Невролог, нейропсихолог, логопед (как основной специалист по коррекции речевых нарушений), в отдельных случаях специальный педагог (дефектолог), психиатр	Психиатр, невролог (для определения необходимости медикаментозной терапии), специальный педагог (дефектолог), логопед, нейропсихолог

## Приложение 2

### Сводная таблица основных показателей групп детей с отклоняющимся развитием Группа «Асинхронное развитие»

#### Подгруппа «Дисгармоническое развитие»

Варианты «Дисгармонического развития»	Экстрапунитивный тип дисгармонического развития	Интрапунитивный тип дисгармонического развития	Дисгармоническое развитие по апатическому типу*
Показатели развития			
Внешний вид, специфика поведения	Внешний вид неспецифичен, хотя дети могут быть вычурно одеты или иметь какие-либо вычурные детали в одежде. В поведении могут быть нарочито независимы или откровенно демонстративны, иногда демонстративно негативистичны. Физически (в особенности мальчики) часто могут быть несколько менее развиты, чем их сверстники	Как правило, сутулые, часто наблюдается низкая челка (прикрывает глаза). Могут быть угловатыми, неуклюжими, с несформированной моторикой. Подростки как бы «стесняются» собственного тела. С трудом вступают в контакт, малоразговорчивы, часто взглядом ищут поддержки со стороны родителей. Часто нуждаются в одобрении, чтобы начать работать. Очень четко улавливают фальшь. От фальшивого одобрения могут замкнуться еще больше	Вялые, безразличные ко всему, фактически отсутствует ориентировочная реакция в ситуации обследования. Достаточно безразличны к своему внешнему виду и внешним условиям. Специфичным можно считать особый «опустошенный» взгляд. Могут быть как повышенного, так и пониженного питания. <b>Внимание!</b> У подростков такое безразличие может сочетаться по времени с резким нарастанием жировых отложений, что может свидетельствовать об эндокринной патологии

\* Данный тип дисгармонического развития характерен, в основном, для детей подросткового возраста. У детей дошкольного и младшего школьного возрастов не проявляется в такой резкой, «рельфной» форме, но может проявляться, как правило, лишь общим снижением психического тонуса, отсутствием детских интересов и «живости» реагирования.

Особенности особенностей латерализации (доминирование парных органов чувств, рук, ног)	Могут присутствовать признаки смешанной латерализации, признаки левшества (в том числе латентного) или истинное левшество	Часто наблюдаются признаки атипичного развития (левосторонней доминантности). Встречаются как случаи неустоявшейся латерализации, так и латентное левшество	Мало специфично, хотя чаще, чем в среднем по популяции, встречаются признаки левшества, смешанной латерализации
--	---	---	---

Темповые характеристики деятельности, работоспособность	Как правило, темп деятельности повышен, работоспособность (при высокой мотивации, в том числе и негативной) может быть как завышена, так и понижена	Часто замедлены (за счет неуверенности в себе, частых переповерок), хотя в целом при благоприятных эмоциональных условиях могут иметь нормативные показатели. Работоспособность, как правило, ниже возрастных показателей из-за вторичной астенизации, соматических недомоганий, психосоматического компонента	Замедленны, заторможенны, безразличны к результатам. С одной стороны, быстро пресыщаемы, с другой (в силу своего безразличия) могут долго, монотонно, без эмоциональных проявлений выполнять какое-либо задание. Работоспособность может быть снижена
Сформированность регуляторных функций (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль)	В целом сформирована достаточно, в некоторых случаях регуляция собственной деятельности очень хорошая. Но существуют варианты недостаточной сформированности регуляторных функций «в чистом виде» (пояснения в тексте). При преобладании демонстративных черт - регуляция достаточная. В других случаях (как правило при расторможенности) регуляция сформирована недостаточно, что может непосредственно сказываться (вторично) и на когнитивных функциях.	Произвольность регуляции собственной деятельности достаточная или даже высокая. Иногда наблюдается сверхконтроль (просчет «ходов» надолго вперед)	В связи с общей спецификой поведения, отсутствует импульсивность и чаще всего можно предположить достаточную сформированность произвольной регуляции. При обследовании этот показатель, как правило, трудно поддается реальной оценке (в силу отсутствия желаний и мотивов)
Адекватность	Могут быть как демонстративно неадекватны, так и иметь (за счет несформированности регуляторных функций) неадекватные протестно-эмоциональные реакции (по типу аффективных вспышек), которые, как правило, имеют причину	Достаточная	В целом адекватны, если не учитывать отсутствие интереса к чему-либо. В условиях детского коллектива в конфликтных ситуациях могут быть пассивно неадекватны
Критичность	Может быть достаточной, но в целом снижена	Повышенно критичны	В целом достаточно критичны. Могут оценить и свой результат и поведение, но это «мимикрирует-ся», «зашумляется» безразличием. Иногда на сложное задание могут быть замотивированы и дать адекватную оценку своего поведения и результатов
Обучаемость	Наблюдаются различные степени обучаемости: от нормативной для данного возраста до высокой	Достаточная. В то же время существует специфика обучаемости: в состоянии стресса, эмоционального дисбаланса обучаемость может резко снизиться и дети могут демонстрировать порой даже феномен умственной отсталости	Формально обучаемы. Могут формально усваивать предлагаемый материал. Характерно, что нет даже единичных сверхценных интересов. В ситуации появления сверхценных интересов можно говорить о манифестации искаженного развития
Развитие когнитивной сферы	В целом соответствует условной возрастной норме. В то же время, за счет поведенческих особенностей, соответствующих возрасту, может отмечаться своеобразие, специфика	В целом соответствует возрасту (условно нормативное развитие). В то же время результативность выполнения тех или иных заданий, продуктивность когнитивной деятельности в целом может иметь значительные колебания в зависимости от эмоционального состояния	В целом специфично только в плане отсутствия познавательных интересов. В остальном соответствует условно возрастной норме

Игровая деятельность	Игра развернутая, драматизированная с бурным фантазированием. При этом игра может быть и деструктивной с проявлением агрессии и дисфории (в особенности у детей младшего дошкольного возраста). В игре стремятся занять ведущую позицию	Игра может быть очень творческой. Могут иметь неярко выраженные специфические интересы и увлечения, не носящие всеобъемлющий, брутальный характер	Могут играть сами с собой. Игровая деятельность механистична, мани-пулятивна, носит, как правило, «полевой» характер (играют в то, что попадает под руку)
Особенности эмоционально-личностного развития	Дети демонстрируют настойчивость, «вязкость», упрямство, высокое притязание на успех и завышенную самооценку. Могут быть импульсивно-деструктивными, агрессивными и раздражительными, особенно при невыполнении их требований. В ситуации неблагоприятного социального окружения, излишнего «давления» со стороны взрослых (а иногда и без видимых причин) могут возникать немотивированные асоциальные поступки, протестные реакции	Дети не уверены в себе, робки, тревожны. Часто у них выявляются различные страхи и опасения. Могут быть мнительными и «зацикленными» на своих болезнях. Возможны <i>элементы</i> , дисморфофобических мыслей, неприятие собственного тела. В стрессовых условиях не могут «функционировать» вообще. Возможна временная элиминация наработанных учебных навыков. Можно наблюдать наличие навязчивостей и элементов ритуализации поведения (различные варианты и виды невротических проявлений). Наблюдаются трудности вхождения в контакт с детьми (в том числе, и в игре). В то же время нередко привязчивы и инертны в своих эмоциональных контактах.	Выявляется недифференцированность эмоциональных реакций, часто глубокие внутренние переживания, выраженное неудовольствие собой. Самооценку фактически трудно выявить. Жизненные интересы трудно выявить. В некоторых случаях могут проявляться негативизм, протестные реакции, в чем данная форма «смыкается» с интрапунитивным типом развития. <b>Внимание!</b> В тяжелых случаях могут возникать суицидальные идеи, выявляемые иногда только с помощью проективных методов исследования. В этом случае требуется <i>экстренная</i> консультация психиатра
Необходимая развивающая-коррекционная работа  Другие специалисты, необходимые ребенку	Психотерапия (игровая, имаготерапия, в том числе символдрама по К. Лернеру), формирование произвольной регуляции, гармонизация аффективной сферы с использованием уровневой регуляции, моторная коррекционная работа, основанная на нейропсихологическом подходе (в случаях неустоявшейся латерализации, различных вариантов левшества). По показаниям врача - медикаментозная поддержка  Психотерапевты различных направлений, психиатр, невролог, нейропсихолог	Все варианты психотерапии, включая психодинамическую психотерапию, символдраму по К. Лернеру, уровневую регуляцию аффективной сферы  Психотерапевт, психиатр, при наличии психосоматических заболеваний врач соответствующего профиля	Психотерапевтическая коррекция всех направлений, часто на основе медикаментозного лечения  Психотерапевт, психиатр (для дифференциальной диагностики с отдельными формами искаженного развития), эндокринолог.

**Сводная таблица основных показателей групп детей с отклоняющимся развитием.**

**Группа «Асинхронное развитие» (продолжение)**

Подгруппа «Искаженное развитие»

Варианты «Искаженного развития»	Преимущественное искажение эмоционально-аффективного развития*	Преимущественное искажение когнитивного развития**	Мозаичные формы искаженного развития
Показатели развития			
Внешний вид, специфика поведения	Физическое развитие не имеет специфических особенностей по сравнению с анализируемыми группами «задержанного» или «парциального» развития. У ряда детей этой категории наблюдается большая грацильность и «утонченность» внешнего вида. В поведении бросается в глаза отрешенность ребенка, отсутствие (или чрезвычайная кратковременность) контакта «глаза в глаза», невозможность установить эмоциональный контакт с окружающими, чрезмерная зависимость, привязанность к матери. Всегда наблюдаются двигательные стереотипии (преимущественно рук, головы и плечевого пояса) или речевые стереотипии, усиливающиеся в сложных, незнакомых ситуациях. Важной характеристикой, как правило, является повышенная чувствительность (гиперестезия) к световым, тактильным звуковым и др. раздражителям (см. раздел посвященный психологическому анамнезу)	Наблюдается «отчужденность» взгляда, иногда, наоборот, «горящий» взгляд. Специфична моторика: движения часто резкие, дискретные, а общее движение негармонично. Ребенок может быть «зациклен» на своих интересах даже в ситуации общения со специалистом. В отдельных случаях совершенно серьезно может считать себя кем-то иным (как правило — животным), а не самим собой. Часто наблюдаются стереотипные движения (разной степени выраженности, вплоть до минимальных подергиваний или потряхиваний) или системы стереотипных движений. Речь маломодулирована, монотонна, лицо нередко амимично	В связи с тем, что данный вариант развития несет в себе черты как искажения эмоционально-аффективного, так и когнитивного развития, довольно сложным и проблематичным является выделение каких-либо специфических показателей, характерных исключительно для данного варианта развития. В то же время имеется определенное своеобразие развития детей (соответственно диагностической и коррекционной работы) в рамках данного варианта, подходы к которым приведены в разделе 2.3.2.
Особенности латерализации (доминирование парных органов чувств, рук, ног)	Чаще, чем в среднем по популяции, отмечается, смешанная латерализация, леворукость или иные знаки атипичного развития	Чаще, чем в среднем по популяции, наблюдается парциальное левшество, леворукость	

\* В силу выраженного разнообразия этой формы искаженного развития (выделяются 4 типичные группы этой формы искаженного развития) [18,35] и порой полярными характеристиками детей различных групп, невозможно представить весь материал в данном пособии. В данной таблице приводятся характеристики наиболее типичных проявлений, которые наблюдаются у детей, относящихся к 4-й группе данного варианта искаженного развития (4-я группа раннего детского аутизма). Эта группа представляет наименее тяжелый вариант подобного развития, который в то же время наиболее часто попадает в поле зрения психолога. Детальное описание характеристик всех групп искаженного развития по типу раннего детского аутизма приводится в [35].

\*\* Для описания данного варианта искаженного развития могут быть приведены те же доводы, что и в предыдущем случае. В связи с огромным разнообразием форм, степеней выраженности и динамики протекания данного варианта отклоняющегося развития (который к тому же во многих случаях граничит с развитием одаренных детей как одной из форм отклоняющегося развития) в данном Приложении приводится описание типичных характеристик варианта, который с наибольшей вероятностью может встретиться в практике работы психолога образования и где необходимо решение непосредственно образовательных, а не лечебных задач. Характеристики приводятся исходя из предположения, что данный вариант обладает минимальной динамикой (проградиентностью) нарастания дефекта. В данном варианте описания не учитываются динамика состояния, возраст ребенка и стаж его заболевания, что является обязательным в анализе результатов психологического обследования. С другой стороны, мы понимаем, что все формы искаженного развития с преимущественным искажением когнитивной сферы требуют психологического анализа. В то же время мы отдаем себе отчет, что дети с таким вариантом отклоняющегося развития нуждаются в постоянном наблюдении, в первую очередь — детского психиатра.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность	Медленные, застревающие, отвечают с большой латенцией. Часто замедленность обусловлена неуверенностью. Работают тщательно, боясь что-либо сделать неправильно. Поощрение вызывает убыстрение деятельности. Темп деятельности пропорционален зависимости от взрослого, боязни ошибиться. Работоспособность может быть снижена, но могут быть и стеничные и непре-ссыцаемые дети	Темп деятельности очень не-равномерен. Дети могут мол-ниеносно выполнять задание, которое по какой-то непонят-ной причине стало <b>им</b> интере-сно, причем работают не пресыщаясь. В то же время возможно и очень медленное выполнение заданий, отказ от выполнения. В случае заинте-ресованности их крайне труд-но оторвать от данного зада-ния и переключить на другое. В целом работоспособность сохранна и имеет те же осо-бенности, что и темповые ха-рактеристики	
Сформирован-ность регуля-торных функций (произвольность регуля-ции собственных дейст-вий, самоконтроль)	На когнитивном уровне произ-вольность сформирована, как прави-ло, достаточно, а на двигательном сформирована недостаточно. На-блюдается дисгармоничное форми-рование регуля-торных функций	Регуляция собственной дея-тельности сформирована доста-точно. В «зоне» сверхцен-ных интересов могут прояв-ляться трудности регуляции (в плане переключения на другую тему, деятельность и т.п.). Контроль за собственной деятельностью определяется показателями адекватности и критичности	
Адекватность	Демонстрируют неадекватность в общении, оценке ситуаций, состоя-нию окружающих и т.п., но адекват-ность по отношению к предлагае-мым заданиям	В некоторых жизненных си-туациях могут демонстриро-вать достаточную адекват-ность, хотя в целом адекват-ность снижена (в первую оче-редь — в сфере общения со сверстниками). С взрослыми поведение более адекватно (часто в силу высокоразвитых интеллектуальных возможно-стей)	
Критичность	Чрезмерная критичность, особенно по отношению к результатам собст-венной деятельности, но некритич-ность по отношению к оценке своих взаимодействий с окружающими в целом	Характеристика критичности в целом совпадает с описани-ем предыдущего раздела (см. <i>Адекватность</i> ). Хотя к своим сверхценным переживаниям критичность снижена	
Обучаемость	Достаточная, иногда может быть несколько замедлена в силу стереотипности, инертности. Могут легко обучаться сложным вещам и в то же время с трудом обу-чаться элементарным (завязывание шнурков и т.п.)	Как правило, очень высокая даже вне сферы особых инте-ресов детей. В отдельных случаях после каких-либо психотравмирующих событий (в том числе, казалось бы, незначительных) обучаемость может формально резко сни-зиться, что сближает в какой-то степени по этому парамет-ру этот вариант искаженного развития с вариантом дисгар-моничного развития по апа-тическому типу	

<p>Развитие когнитивной сферы</p>	<p>Главным является то, что часто возникает ощущение, что они не понимают инструкции и требуется ее повторение. При этом невербальные задания выполняются достаточно хорошо. Это часто является причиной диагностической ошибки и квалификации состояния ребенка как традиционной ЗПР. Часто отмечаются трудности целостного восприятия, фрагментарность зрительного восприятия, трудности интерполяции и предвосхищения, дословное понимание метафор, образных выражений. Могут наблюдаться легкие проявления искажения мыслительной деятельности. Отмечается хорошая слухоречевая память</p>	<p>Наблюдается выраженная специфика когнитивного развития, которая часто определяется спецификой восприятия, (фрагментарность), а также выраженной спецификой мыслительной деятельности (опора на латентные признаки, скачки идей, разноплановость мышления, паралогизмы и т.д.). Отмечается наличие сверхценных образований, преимущественно интеллектуального плана, философской интоксикации (в подростковом возрасте). Речь специфична. Она характеризуется взрослостью, использованием сложных, иногда «вычурных» или штампованных оборотов, наличием собственного словообразования</p>	
<p>Игровая деятельность</p>	<p>Игра носит стереотипный, манипулятивный, монотонный характер. Нередка одержимость в играх, которую очень трудно прервать. При этом (особенно в раннем возрасте) отдается предпочтение неигровым предметам. Крайне затруднено игровое замещение предметов. Фактически невозможна игра со сверстниками, то есть «игра рядом», а не вместе, в то же время нельзя говорить об отсутствии потребности в общении. В игре не учитывается обратная связь (как эмоциональная, так и сюжетная). Характерны длительные игровые перевоплощения (в основном в животных). Часто подобные перевоплощения носят навязчивый, некритичный характер</p>	<p>Невозможность выйти из заданной роли, если она совпадает со сферой их сверхценных интересов, глобальное вовлечение всех сфер деятельности, в том числе и игры в сверхценные образования. В дошкольном возрасте выраженное предпочтение неигровых объектов, ритуализация игры. Невозможность осуществления совместной игровой деятельности со сверстниками вплоть до полной невозможности игрового общения и эмоциональная выхолощенность, либо, наоборот, отражения «зон» страхов в игровых ситуациях, иногда «за мороженность» «зонами» страхов. Часто дети предпочитают в играх псевдоинтеллектуальные занятия (рисование схем, планов внутренних строений и т.п.)</p>	

<p>Особенности эмоционально-личностного развития</p>	<p>На первый план выходит невозможность организовать полноценную и адекватную коммуникацию с окружающими, трудности понимания эмоций и чувств окружающих, сверхзависимость от матери. Основной радикал отклоняющегося развития: огромные трудности организации продуктивного взаимодействия при наличии потребности в общении. Эмоционально-аффективная сфера отличается выраженным своеобразием: буквальное понимание образных выражений, принятие всего на веру, непонимание юмора и шуток, повышенная ранимость, тревожность, неуверенность в себе, прикрытая внешней отрешенностью. Специфично наличие страхов, - в том числе конкретных. Часто присутствует страх громкого голоса</p>	<p>Выражена специфика общения. Большая заинтересованность в общении со взрослыми (в связи с большей возможностью реализации своих интересов с ними), чем со сверстниками. Часто наблюдается эмоциональная выхолощенность, отсутствие выраженных эмоциональных реакций и, наоборот, повышенное, не всегда адекватное эмоциональное реагирование в "зоне" особых интересов. Часто наблюдается наличие большого количества страхов и ритуализаций как бы для попыток компенсации их. При этом чаще могут диагностироваться диффузные страхи. Могут присутствовать разнообразные варианты самооценки от «я ничего не могу» до «я могу все», то есть не критичности. Часто эмоциональная холодность (по отношению к близким), «смазанность» эмоциональных дифференцировок может сочетаться с непонятной привязанностью к малознакомым людям или предметам</p>	
<p>Необходимая развивающая коррекционная работа</p>	<p>Специальная коррекционная работа, направленная на гармонизацию аффективной сферы и специальная (по системе О.С. Никольской) работа по формированию самовосприятия, коррекции коммуникативных функций и адекватного представления о своих возможностях. Также возможна работа, основанная на бихевиоральном подходе, поведенческая терапия</p>	<p>В первую очередь необходимо наблюдение психиатра и специфическое лечение. Возможна гармонизация уровней аффективного развития (по О.С. Никольской). В зависимости от состояния ребенка возможна частичная двигательная коррекция. В некоторых случаях индивидуальное обучение является элементом психокоррекционной работы. Вопрос о возможной психотерапевтической работе должен решаться психиатром. В любом случае к возможности любых форм психокоррекционной работы, проводимой в рамках деятельности психолога, необходимо подходить индивидуально, крайне осторожно, под наблюдением врача-психиатра</p>	
<p>Другие специалисты, необходимые ребенку</p>	<p>Специалисты по работе с детьми с РДА: психолог, специальный педагог (дефектолог), социальный педагог, психиатр.</p>	<p>В первую очередь детский психиатр, специальный педагог (дефектолог), нейропсихолог (для определения возможности коррекционной работы с использованием нейропсихологического подхода)</p>	

### Приложение 3

#### Сводная таблица основных показателей групп детей с отклоняющимся развитием. Группа «Поврежденное развитие»\*

Варианты «поврежденного развития» Показатели развития	Локально поврежденное развитие	Диффузно поврежденное развитие
1	2	3
Внешний вид, специфика поведения Особенности латерализации (доминирование парных органов чувств, рук, ног)	Внешний вид малоспецифичен, но с увеличением «стажа» поражения ребенка начинает приобретать черты, характерные для данного нарушения развития. Поведенческие особенности и динамика их изменений в значительной степени зависят от «заинтересованности» (характеристик поражения) тех или иных отделов головного мозга, участвующих в регуляторных процессах Не специфично. Наличие фактора атипичного развития играет неоднозначную роль: в ряде случаев осложняет процесс адаптации, в некоторых случаях существенно. В отдельных случаях могут служить компенсирующим фактором	Внешний вид, как и для предыдущего типа, неспецифичен. С увеличением стажа поражения, при отсутствии положительной динамики компенсации, специфичным становится поведение ребенка, которое может характеризоваться вялостью, инертностью, заторможенностью либо импульсивностью поведенческих реакций, снижением продуктивной психической активности в целом. Не специфично. Наличие фактора атипичного развития точно так же играет неоднозначную роль: в большинстве случаев осложняет процесс адаптации, в некоторых случаях существенно

\* Поскольку огромное значение в степени выраженности представленных в таблице параметров зависит от большого количества факторов, таких как локализация повреждения (в случае локально поврежденного развития), объем повреждения, время, прошедшее после повреждения, степень компенсации повреждения, а также те своевременные или несвоевременные коррекционные мероприятия, в том числе и лечебного характера, которые были оказаны ребенку, в одной таблице невозможно представить полное описание специфики указанных характеристик развития ребенка. При этом необходимо учитывать, что степень компенсации может быть высокой, вплоть до практически нормативного развития.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность	Чаще наблюдается снижение работоспособности, появляется инертность деятельности, как правило, за счет общемозговых проявлений, в большей части случаев сопровождающих подобные нарушения. Темповые особенности остаются теми же, что и до повреждения (прерорбидные особенности) В определенной части случаев темп становится неравномерным (колебания работоспособности и темпа) также за счет общемозговых реакций на поражение. При локальных повреждениях за счет устойчивости этих характеристик может наблюдаться хорошая компенсация состояния. Специфические особенности (вязкость, инертность на уровне деятельности, при относительной устойчивой работоспособности) наблюдаются при определенных видах эпилептического синдрома/эпилептической болезни	Именно в этом варианте отклоняющегося развития наиболее специфичны выраженные изменения операциональных характеристик психической деятельности ребенка, которые проявляются в грубых колебаниях работоспособности или выраженном ее снижении, вплоть до полной неспособности к продуктивной деятельности, резкое снижение темпа деятельности. В редких случаях наблюдается неравномерность темпа как функции колебания психической активности и психического тонуса (например, кратковременное убыстрение деятельности, возможно и продуктивное). В целом продуктивность деятельности ребенка низкая. Все это является прямым следствием общемозговых проявлений, характерных для данного типа поражения
Сформированность регуляторных функций (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль)	Специфичность показателя определяется особенностями (топикой) повреждения. В случае локальных травм передних отделов мозга и поражения подкорковых структур нарушение регуляторных функций будет иметь выраженный и специфический характер (так называемая «лобная симптоматика»), включая элементы полевого поведения, распада функции контроля, выраженные трудности программирования собственной деятельности	Как правило, вследствие диффузных повреждений эти функции оказываются "затронутыми", поврежденными (в том случае, если они уже были сформированы к моменту повреждения). Феноменологически это проявляется, в первую очередь, в трудностях программирования и контроля собственной деятельности, а также регуляции собственной психической активности (как познавательной, так и аффективной). В наибольшей степени это будет отражаться в особенностях аффективного реагирования и эмоционально-личностной сфере

1	2	3
Адекватность	Не выявляется специфических нарушений адекватности для данного типа отклоняющегося развития. В каждом случае, в зависимости от большого количества факторов (в том числе и от локализации повреждения), могут наблюдаться те или иные особенности изменения адекватности (как поведения в целом, так и по отношению к предлагаемым заданиям в ситуации обследования), в зависимости от топике повреждения и общемозговых проявлений	Адекватность может оставаться достаточной, хотя часто мы наблюдаем более или менее выраженное снижение ее в первое время после поражения и очень медленное и порой нестойкое повышение на отсроченных этапах заболевания. Иногда можно наблюдать и достаточную положительную динамику, особенно в ситуации своевременного и адекватного лечения и реабилитационных мероприятий
Критичность	Не выявляется специфических нарушений критичности для данного типа отклоняющегося развития. В каждом случае, в зависимости от большого количества факторов (в том числе и от локализации повреждения) могут наблюдаться те или иные особенности этого показателя (как по отношению к поведению в целом, так и к предлагаемым заданиям в ситуации обследования).	В целом аналогичная (предыдущему показателю адекватности) динамика изменений наблюдается и по отношению к критичности. В отдельных случаях при внезапном и позднем поражении может наблюдаться «гипертрофированная» критичность: постоянные сомнения в правильности сделанного, возврат к началу, постоянная сверка с образцом, порой разрушение уже сделанного задания и т.п.
Обучаемость	Не выявляется специфика обучаемости для данного типа отклоняющегося развития. В каждом случае, в зависимости от большого количества факторов (в первую очередь от локализации повреждения) могут наблюдаться те или иные особенности обучения новым видам деятельности, такие, как скорость обучения, специфика переноса навыка на аналогичные материалы, подаваемые в той или иной модальности. При наличии выраженных общемозговых проявлений (см. раздел «Темповые особенности деятельности и работоспособностью») чаще отмечается снижение темпов обучаемости	Обучаемость, как правило, резко снижена не только за счет грубых нарушений операциональных характеристик, но и в связи с особенностями измененной критичности (см. соответствующую графу таблицы). Причем снижение обучаемости характерно как в случае сниженной, так и в ситуации * гипертрофированно» завышенной критичности.

Развитие когнитивной сферы	<p>Наличие особенностей познавательного развития всецело зависит от локализации, времени и объема поражения (<i>раздел 2</i>). В то же время специфичным можно рассматривать снижение объема и темпа слухоречевого запоминания в целом, сужение объема активного внимания, часто трудности его распределения, хотя это может быть и следствием общемозговых проявлений. Понятно, что все эти особенности не могут не оказывать влияния на дальнейшее развитие познавательной сферы в целом. В отдельных случаях при локальном типе поврежденного развития специфика когнитивной сферы может быть выявлена лишь при работе с сенсibilизированными заданиями (например, сенсibilизированные нейропсихологические пробы)</p>	<p>Важнейшим фактором является массивность поражения, которая и определяет степень выраженности нарушений той или иной высшей психической функции, операциональных характеристик когнитивной сферы в целом. Темпы развития высших психических функций после перенесенного повреждения, как правило, резко замедляются, в том числе за счет изменений операциональной стороны деятельности, а также из-за сниженной адекватности и критичности, медленных темпов обучения. Объем слухо-речевой, а часто и зрительной, и тактильной памяти сужается, а процесс запоминания удлиняется (в данном случае можно говорить о модально-неспецифических нарушениях мнестической деятельности). Наблюдается сужение объема активного внимания, выраженные трудности, в первую очередь — распределения внимания, других его характеристик. В целом можно говорить о трудностях межмодальной интеграции гностических функций, приводящих к выраженным трудностям целостного восприятия и анализа. Часто отмечается инертность психической деятельности в целом. Развитие ассоциативных и собственно логических форм мыслительной деятельности затруднено. В выраженных некомпенсированных случаях и при недостаточных собственных компенсаторных возможностях динамика развития высших психических функций может приобрести отрицательный градиент, что может быть квалифицировано как <i>органическая деменция</i></p>
Игровая деятельность	<p>Нарушения игровой деятельности наименее специфичны для данного типа развития. Более или менее специфичным можно считать лишь регресс игровой деятельности (вплоть до манипулятивных форм игры) при неблагоприятном сочетании факторов (объем, время и локализация поражения). В то же время специфика нарушений высших наиболее сложных форм игровой деятельности (не столько сюжетных, сколько ролевых форм игры) будет в большей степени определяться особенностями и спецификой аффективного реагирования, эмоционально-личностной сферы в целом</p>	<p>Характер игры в полной мере детерминирован спецификой операциональных характеристик деятельности в целом, а также особенностями аффективного реагирования, характерными для данного типа отклоняющегося развития (см. следующую графу таблицы). Даже сюжетная, а порой и сюжетно-ролевая игра, может потерять идеаторное (символическое) значение и превратиться в стереотипно-манипуляторную. Эта особенность тем более выражена, чем более поражение, возникшее в младшем возрасте. Игра быстро вызывает пресыщение (или истощение), на фоне которого достаточно часто могут наблюдаться аффективные вспышки, что со временем приводит к распаду самой игровой деятельности в группе и нарастанию трудностей общения со сверстниками</p>

<p>Особенности эмоционально-личностного развития</p>	<p>Может наблюдаться самый широкий спектр аффективных проявлений: от полного отсутствия до выраженных вариантов аффективных и эмоционально-личностных реакций. В большей степени для этого типа отклоняющегося развития, особенно в первое время после повреждения, характерны эмоциональная лабильность, аффективная неустойчивость в целом, парадоксальность аффективного реагирования. Со временем эти проявления могут либо в той или иной степени нивелироваться (при компенсации повреждения и адекватном медикаментозном лечении), либо нарастать и приобретать брутальный, в некоторых случаях необратимый характер (патологическое формирование личности, психопатоподобные проявления). В ситуации, когда то или иное повреждение имеет тяжелые инвалидизирующие последствия, то в сочетании с достаточно поздними сроками повреждения (в возрасте после 7-9 лет) часто отмечаются глубокие аффективные реакции, результатом которых могут явиться выраженные депрессивные состояния.</p>	<p>Может наблюдаться достаточно широкий спектр аффективных и эмоционально-личностных проявлений: от эмоциональной «вялости», общего снижения аффективного и эмоционального тонуса до выраженной аффективной неустойчивости, возбудимости. Подобные особенности, в свою очередь, напрямую влияют на специфику как игровой, так и познавательной деятельности, учебную мотивацию, обучаемость ребенка в целом. Характерным для этой группы детей является то, что аффективная сфера и эмоционально-личностное развитие ребенка в целом наиболее «ригидны» и с трудом поддаются коррекции. Это со временем может приводить к патологическому формированию личности ребенка</p>
<p>Необходимая развивающе-коррекционная работа</p>	<p>В первую очередь следует отметить адекватное лечение, наличие психолого-педагогического сопровождения в соответствии с типом повреждения. Показана коррекционная работа, основанная на нейропсихологическом подходе, групповая психотерапевтическая работа с детьми (реже индивидуальная), в большей степени психокоррекционная работа с родителями ребенка</p>	<p>Среди психолого-педагогических рекомендаций на первом месте стоит необходимость (при любом виде коррекционной работы и собственно учебы ребенка) учета особенностей работоспособности, темповых характеристик и особенностей аффективного реагирования. Важнейшим правилом следует считать оптимальность (а подчас и минимизация!) учебных нагрузок для данного ребенка, напрямую зависящая от характера повреждения</p>
<p>Другие специалисты, необходимые ребенку</p>	<p>Ведущим специалистом является врач (невролог, врач восстановительного лечения, по показаниям психиатр, врачи других специализаций). Вторым по значению специалистом для данного типа отклоняющегося развития следует считать нейропсихолога. Также необходим клинический психолог, психотерапевт, специальный педагог (дефектолог) (в соответствии с типом поражения)</p>	<p>Показана коррекционная работа, основанная на нейропсихологическом подходе, психокоррекционная работа с родителями и ребенком. Ведущим специалистом является врач (невролог, врач восстановительного лечения, по показаниям психиатр, врачи других специализаций), специальный педагог (дефектолог), нейропсихолог</p>

#### *Приложение 4*

### **КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПОВЕДЕНИЕМ РЕБЕНКА**

#### *1-й уровень (уровень полевой реактивности)*

#### **1А. При гипофункции уровня**

*а) Ребенок чувствителен к интенсивности изменений в процессе контакта и взаимодействия с другими людьми:*

- чувствителен к резкой перемене силы голоса;
- не переносит неожиданного (например, с незнакомым человеком) зрительного контакта, также для него труден длительный зрительный контакт с другими людьми;
- чувствителен к качеству прикосновений, напрягается, отклоняется, если кто-либо неожиданно сильно или резко притягивает его к себе, усаживает, передвигает;
- испытывает беспокойство, напряжение, если кто-либо резко меняет дистанцию во время общения (садится близко, касается коленями);
- замирает, капризничает или отказывается работать при быстрой смене видов деятельности.

*б) Ребенок чувствителен к интенсивности изменений в расположении окружающих объектов в процессе освоения жизненного пространства:*

- не любит находиться в пустых, слишком просторных помещениях;
- боится маленьких, закрытых помещений;
- любит порядок, подолгу раскладывает вещи на парте, пытается, как бы все расклассифицировать, разложить по группам.

*в) Чрезмерно чувствителен к качеству сенсорных впечатлений:*

- не любит или боится слишком громких звуков, вида сильного пламени, яркого света, даже незначительных перепадов температуры;

*г) В поведении ребенка чаще всего проявляются следующие особенности:*

- боится новых впечатлений;
- боязлив, нерешителен при смене обстоятельств, не уверен в собственных силах часто перестраховывается в оценке возможных сложностей или трудностей;
- стремится следовать заведенным правилам, легко усваивает их, часто свой отказ или страх мотивирует именно тем, что это противоречит порядку;
- чаще имеет пониженное настроение, быстро возникают перепады в настроении;
- любит играть один.

#### **1Б. При гиперфункции уровня**

*а) Ребенок не испытывает дискомфорта при интенсивных изменениях в окружающем во время взаимодействия и общения с другими:*

- не устает от случайных и частых контактов с другими людьми, может подолгу находиться среди незнакомых людей, в толпе;
- не боится прикосновений чужих людей;
- нечувствителен к изменению дистанции во время общения;
- нечувствителен к отрицательной эмоциональной оценке.

*б) Нечувствителен к качеству сенсорных впечатлений:*

- устойчив к холоду, голоду, боли;
- неразборчив в еде;
- не имеет выраженных сенсорных привычек;
- стремится к частой смене впечатлений;

*в) Ребенок не чувствителен к интенсивному изменению объектов в окружающем во время освоения пространства:*

- не боится высоты, достаточно ловко карабкается, залезает на высоко расположенные предметы, любит смотреть вниз с высоты;
- не испытывает страха в просторном или тесном помещении;

*г) В поведении чаще всего проявляются следующие особенности:*

- любит частые перемены во внешних обстоятельствах;

- не боится оказываться на новом месте, любит находиться один, в том числе в новых, незнакомых местах;
- склонен к бродяжничеству (в подростковом периоде особенно);
- неадекватно оценивает свои возможности, недостаточно критичен;
- с трудом усваивает правила поведения, не стремится их выполнить;
- имеет повышенное настроение.

*2-й уровень (уровень аффективных стереотипов)*

## **2А. При гипофункции уровня**

*а) Ребенок испытывает чрезмерную чувствительность к качеству сенсорных впечатлений и собственному соматическому состоянию:*

- имеет устойчивые привычки в еде, требователен к качеству пищи, не принимает новых или незнакомых блюд, отказывается их принимать;
- не любит расставаться с привычной одеждой;
- боится перепадов температуры, пищу принимает только той температуры, к которой привык;
- не сможет заснуть в непривычной обстановке;
- часто жалуется на недомогание, не переносит малейшей боли,
- быстро устает, невынослив, часто жалуется на усталость;
- часто испытывает немотивированный страх за собственное здоровье;
- испытывает страх темноты, одиночества, высоты, незнакомых людей и обстоятельств.

*б) Ребенок испытывает дискомфорт в нестабильных, меняющихся обстоятельствах:*

- с трудом привыкает к режиму в детском саду, школе, чувствителен к изменениям в нем;
- с трудом привыкает к новому учителю, новому коллективу;
- не любит перемен, новых впечатлений, не стремится к ним;
- капризничает, отказывается от работы или проявляет агрессию при переключении на новый вид деятельности.

*в) Ребенок испытывает трудности и дискомфорт во взаимодействии и общении с другими людьми:*

- не склонен к сотрудничеству, особенно, если оно протекает в непривычных для ребенка обстоятельствах;
- имеет низкую коммуникативность;
- испытывает чрезмерную потребность во внимании и одобрении;
- излишне привязан к людям, жалеющим его;
- имеет склонность к защитным, компенсаторным реакциям и, в случаях отрицательной оценки его деятельности, наказаний, раскисается, сосет палец, тербит предметы и т.д.;
- часто замкнут, неразговорчив, одинок или имеет таких же, как он, приятелей.

*г) Проявляет ряд особенностей в поведении:*

- имеет часто пониженное настроение;
- раздражителен, ворчлив;
- неуверен в собственных действиях, требуется значительная стимуляция для того, чтобы ребенок продолжил неудавшееся дело;
- имеет низкую самооценку;
- чувствителен к ритмическим впечатлениям, любит музыку.

## **2Б. При гиперфункции уровня**

*а) Испытывает особое влечение к разнообразным сенсорным впечатлениям и затрудняется в оценке собственных физиологических потребностей:*

- не имеет устойчивых привычек в еде, всеяден, любит обильную, вкусную пищу, прожорлив;
- стремится к интенсивным, ярким сенсорным впечатлениям (любит смотреть, на огонь, дождь и т.д.);
- имеет тягу к неприятным впечатлениям, не брезглив, может взять с пола пищу и съесть ее;
- не боится боли, вынослив.

*б) Испытывает проблемы в процессе взаимодействия и общения с другими людьми:*

— агрессивен по отношению к близким, учителям в тех случаях, когда ему не позволяют осуществить влечение, задуманное действие;

— нечувствителен к нуждам других, если они противоречат удовлетворению собственных;

— не переносит активности других людей, стремится ограничить их активность.

*в) Проявляет ряд особенностей в поведении:*

— нетерпелив, ригиден;

— склонен к стереотипным аффективным реакциям в случаях давления со стороны других;

— может быть конформным, если хочет добиться своего;

— проявляет мнимую любознательность.

*3-й уровень (уровень аффективной экспансии)*

### **3А. При гипофункции уровня**

*а) Ребенок испытывает значительные затруднения в решении проблемных ситуаций:*

— не интересуется новыми заданиями;

— быстро пресыщается, теряет цель, отвлекается, отказывается от деятельности, если она вызывает трудности;

— требуется постоянная Организация деятельности, стимуляция для продолжения деятельности в сложных, трудных для ребенка обстоятельствах, самостоятельно работу в случаях затруднения не продолжает;

— испытывает страх перед незнакомыми, новыми, неизвестными обстоятельствами;

— не может принять решение, сделать выбор, пассивен;

— склонен к фантазиям на тему успехов, преодоления преград, риска.

*б) Испытывает затруднения в общении и взаимодействии с другими людьми:*

— имеет низкую коммуникативность;

— внушаем, некритичен;

— испытывает чрезмерную потребность во внимании, поддержке, стимуляции, в стенических эмоциональных проявлениях других людей;

— стремится к стандартным, привычным взаимоотношениям;

— использует способность других людей к сопереживанию с целью заставить их выполнять его желания;

— свехосторожен в восприятии отрицательной оценки.

*в) Имеет ряд личностных особенностей:*

— изнежен, испытывает чрезмерную чувствительность к оценке отрицательных впечатлений;

— труслив;

— не уверен в себе, имеет неадекватную самооценку.

### **3Б. При гиперфункции уровня**

*а) Ребенок затрудняется в понимании смысла взаимодействия, испытывает трудности в контактах с окружающими:*

— легко вступает в контакт, но к взаимодействию не стремится;

— проявляет кратковременную заинтересованность в заданиях;

— легко заражается состоянием другого человека;

— склонен привлекать внимание к себе любыми средствами;

— подчиняется требованиям только при интенсивной эмоциональной оценке деятельности, под угрозой наказания;

— часто проявляет негативизм;

— требует постоянной и интенсивной оценки деятельности (при этом не чувствителен к ее знаку), интенсивного, постоянного внимания к нему;

— часто провоцирует конфликты между другими, испытывает от этого удовольствие.

*б) Имеет ряд личностных особенностей:*

— склонен к воровству, вранью, бродяжничеству;

— испытывает стремление к опасным, рискованным поступкам, не испытывает страха высоты, темноты;

— испытывает влечение к отрицательным впечатлениям;

— испытывает удовольствие от роли «бандита», негодяя.

*4-й уровень (уровень эмоционального контроля)*

#### **4А. При гипофункции уровня**

*а) Ребенок испытывает трудности в коммуникации и чрезмерную зависимость от эмоциональной оценки других людей:*

— проявляет низкую активность в контакте;

— ошибается в определении знака эмоциональной оценки в процессе общения, проявляя особую чувствительность к взгляду, голосу, тактильному контакту, дистанции в общении;

— стремится к привычному кругу общения;

— проявляет особую ранимость во взаимоотношениях;

— испытывает постоянную потребность в положительной оценке, во внимании;

— проявляет неуверенность в правильности своего поведения, постоянно нуждается в подтверждении этой правильности;

— постоянно обращается за помощью к взрослым, несамостоятелен;

— испытывает чрезмерную, симбиотическую связь с матерью;

— испытывает тревогу, страх, отказывается от деятельности при отсутствии эмоционального участия близких в своих переживаниях;

— в деятельности больше ориентируется не на результаты труда, а на их оценку.

*б) Имеет ряд личностных особенностей:*

— внушаем, легко отказывается от своего мнения в пользу мнения значимого человека, часто попадает под аффективное давление других людей;

— мнителен, недоверчив к предложениям других людей;

— излишне зависим от принятых норм поведения;

— не терпит нарушений в принятых им взаимоотношениях.

#### **4Б. При гиперфункции уровня**

*а) Ребенок испытывает чрезмерную потребность в эмоциональном общении с людьми:*

— легко вступает в контакты с людьми, испытывает удовольствие от общения со случайными людьми, легко заражается их состоянием;

— допускает близкую дистанцию в общении, не испытывая усталости от общения с людьми;

— не требователен к качеству общения;

— под влиянием других может легко преодолевать трудности, но может и легко отказаться от принятого решения;

— испытывает огромную потребность в «симпатии» со стороны всех других людей.

*б) Имеет ряд своеобразных личностных черт:*

— конформен;

— несамостоятелен, труслив;

— слепо подчиняется правилам, которые выработаны другими.

**Примечание.** Несмотря на то, что сбор подобных сведений занимает много времени, он не может быть полностью исключен из работы психолога, так как мало что может сравниться с ценностью сведений, получаемых при сборе анамнеза. К тому же некоторые сведения могут быть получены уже в период адаптации к детскому коллективу или какой-либо иной ситуации.

Анализируя симптомы, выявленные у ребенка в процессе наблюдения за ним в естественных условиях, характер этих проявлений согласно положениям об уровне организации эмоциональной регуляции можно прийти к заключению о характере дисфункций базальной системы аффективной регуляции. Сопоставляя эти представления с результатами психологической диагностики и сведениями, полученными из анамнеза, можно описать психологическую структуру эмоциональных особенностей ребенка и, самое главное, разработать для него индивидуальный вариант коррекционной программы, основанный на понимании значения пропорционального развития и системного иерархического строения уровней аффективной регуляции в онтогенезе.

## Приложение 5

### **Методическое обеспечение психолога для проведения обследования познавательной и эмоционально-личностной сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста**

Предлагаемое диагностическое обеспечение представляет собой достаточно небольшой и наиболее эффективный и адекватный комплект апробированных в течение длительного периода методик и тестов, с помощью которого можно оценить параметры состояния когнитивной, мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер ребенка, включая его межличностные отношения. В данном Приложении приводится лишь перечисление диагностикумов с возрастным соотношением каждого метода исследования. Краткие описания методик и пояснения приводятся в разделе 3. Детальное описание предлагаемых методов исследования имеется в соответствующей литературе, руководствах по использованию конкретных методик и тестов.

Разделение методического обеспечения на методики для исследования когнитивной сферы и эмоционально-личностной достаточно условно, поскольку в рамках интегративного подхода большинство психологических методик может быть использовано как для тех, так и для других целей.

Каждая методика и тест, входящие в предлагаемый набор, характеризуются следующими показателями:

1) имеют длительный срок апробации на достаточной по численности популяции детей в нашей стране, включая детей с различными типами отклоняющегося развития;

2) представляют **неизменяемые** в течение длительного периода (некоторые клинические методики - начиная с 30-40-х годов) тестовые изображения, технологии предъявления и обработку, что может говорить о данных методах как о **стандартизированных**;

3) практически каждая методика или тест охватывает возрастной диапазон от 3,5-4-х лет до 13-15-летнего возраста, тем самым, реализуя единый методический подход к исследованию какой-либо характеристики психического развития ребенка;

4) для каждой используемой методики или теста получены качественные (в некоторых случаях и количественные) условно-нормативные показатели, характеризующие современную популяцию детей;

5) авторские методы исследования создавались с учетом особенностей современных детей, в том числе детей с отклоняющимся развитием и также апробированы на достаточном количестве детей (от 500 до 1,5 тысяч);

6) практически все предлагаемые методики и тесты обладают полифункциональностью, то есть способностью оценивать самые различные показатели состояния и характеристик деятельности ребенка, в то же время с преимущественной ориентацией на определенную характеристику той или иной сферы психического развития. Несомненно, что для адекватного и эффективного владения предлагаемым инструментарием необходимы специальная подготовка и опыт работы. Отметим также, что рекомендуемый набор диагностикумов нисколько не отрицает возможности использования психологом какого-либо иного инструментария.

### **Рекомендуемый диагностический инструментарий для исследования особенностей познавательной деятельности**

*Вкладные разноцветные стаканчики (коробочки, пирамидки)* Комплекты от 3-х до 10-ти разноцветных вкладных элементов используются для детей начиная с 1,5-2-летнего возраста.

*Методика «Доски Сегена»* (в нашей стране используются доски №1, №3, №4, №5) (для детей от 3-х до 6-7-ми лет.

*«Стандартные прогрессивные матрицы Дж. Равена:*

— цветной вариант (серии: А, Ав, В);

— черно-белый вариант (серии: А, В, С, D, E).

(Методика используется для детей и подростков, начиная с пятилетнего возраста.)

*Методика «Классификация предметов»:*

— серия 1 (для детей 3,5-5 лет);

— серия 2 (для детей 5-8 лет);

— серия 3 (для детей от 8 лет).

*Методика Выготского-Сахарова для исследования уровня сформированности понятийного мышления:*

- модифицированный вариант для детей 3-7 лет;
- стандартный вариант (для детей старше 8-ми лет).

*Методика «Классификация объектов по двум признакам» (методика В.М. Когана):*

- вариант (5x5) — для детей 4-7 лет;
- вариант (7x7) — для детей 7-10 лет.

*Методики для исследования мнестической деятельности:*

- методика «10 слов» (по А.Р. Лурия) (для детей от 7-ми лет);
- методика «Запоминание двух групп слов» (для детей от 4,5 лет);
- методика опосредованного запоминания (методика А.Н. Леонтьева) (для детей 4,5-8 лет);
- методика «Пиктограмма» (для детей от 9-ти лет);
- методики для исследования зрительной (тактильной) памяти.

*Методики для исследования характера работоспособности и особенностей внимания:*

- методика Пьерона-Рузера (для детей 5,5-9 лет);
- стандартная корректурная проба (буквенная) (для детей, умеющих опознавать буквы, начиная с 7-8-ми лет);
- Счет по Крепелину (модификация Р.Шульте);
- Таблицы Шульте (черно-белые, красно-черные) (для детей с 7-8-ми лет).

**Исследование особенностей зрительного гнозиса** (Исследование специфики зрительного восприятия традиционно проводится в нейропсихологии детского возраста. Тестовые изображения ведут свое начало от классических исследований А.Р. Лурия и представлены в соответствующих методических пособиях [8,22 и др.]

Тестовые материалы, ориентированные на детей, начиная с 3,5-4-летнего возраста. Буквенный гнозис предъявляется детям, овладевшим началами письма и чтения.

**Методика «Разрезные фигуры»**

Комплект разрезных картинок (6 серий), с различными усложняющимися составляющими частями (от 2-х до 8-ми частей различной конфигурации) (для детей от 3-х до 7-8-ми лет).

**Методика «Кубики Кооса»**

Используется, начиная с 3-летнего возраста, верхний диапазон не ограничен, зависит о сложности предъявляемого узора.

**Методики для исследования невербального и вербально-логического мышления** (Методический инструментарий должен быть представлен для исследования каждой характеристики речемыслительной деятельности как в вербальном, так и невербальном (в виде изображений) плане. Желательно, чтобы тестовые материалы были доступны для детей от 3,5-летнего возраста (в основном невербальные материалы), от 6-7-летнего возраста - материалы, представленные в вербальном плане):

- установление логических связей и отношений между понятиями (подбор парных аналогий, простые и сложные аналогии);
- исследование сформированности обобщающих операций (выделение существенных признаков, исключение понятий, исключение предметов — «4-й лишний»);
- понимание переносного смысла метафор, поговорок, коротких рассказов со скрытым смыслом, понимание прочитанных текстов, сюжетных картин, составление рассказа по последовательному ряду картинок, объединенных единым сюжетом (серии из 3-х, 4-х, 5-ти, 6-ти картинок).

**Методики для исследования сформированности пространственных и квазипространственных представлений** (Традиционно рассматриваемое в контексте нейропсихологического и логопедического исследования нами выделяется в самостоятельное исследование, необходимое для оценки сформированности пространственных представлений как одной из базовых составляющих психического развития. Комплект тестовых материалов этого раздела представлен в [8]):

Исследование пространственных и квазипространственных (лингвистических) представлений проводится в логике их формирования в онтогенезе и ориентировано на детей от 2,5 до 7-8-ми лет.

Рекомендуемый диагностический инструментарий для исследования особенностей эмоционально-личностной сферы, межличностных отношений ребенка

*Методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга* Модифицированный вариант для детей от 4 до 14-ти лет.

*Детский личностный вопросник Р.Кеттела (СРQ)* Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника для детей 8-12 лет.

*Методика СОМОР*

Методика субъективной оценки межличностных отношений (СОМОР) (для детей 3,5-12-ти лет).

*Детский апперцептивный тест (САТ.)* Вариант для детей от 3 до 10 лет.

*Методика «Контурный (САТ. — Н)* Модифицированный вариант для детей 3—10 лет.

*Рисованный апперцептивный тест (РАТ)* Используется для детей предподросткового возраста (10-14-ти лет).

*Методика «Рука»:*

— модифицированный вариант теста «Рука» Э.Вагнера для детей **4,5-11-ти** лет;

— вариант для детей от 12 лет (изд. «Иматон»),

***Методика «Метаморфозы»***

Модификация теста «Метаморфоз» Ж. Руайер для детей от 4,5-летнего возраста. Верхний предел не ограничен.

***Методика «Эмоциональные лица»***

Авторская методика исследования собственной эмоциональной регуляции и оценки эмоций других. Ориентирована на детей 3-12 лет.

***Карта наблюдений за поведением ребенка***

Дает возможность оценить сформированность уровневой системы аффективной регуляции как одной из базовых составляющих психического развития. Ориентирована на детей 1,5-12 лет.

***Рисуночные проективные тесты***

Предполагается возможность проведения психологом-практиком интерпретации различных рисуночных тестов, включая «Пиктограммы», «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное», «Рисунок своей семьи», «Кинетический рисунок семьи» и т.п. Как проективные тесты могут быть использованы только в условиях сформированной графической деятельности ребенка.

***Цветовой тест отношений (ЦТО)***

Модификация 8-цветового теста М. Люшера — цветовой тест отношений (ЦТО) для оценки эмоционального отношения к себе и значимым лицам. В комплекте с методикой СОМОР может быть использован для проведения социометрических исследований в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, детских домах. Используется для детей, начиная с 4,5-5-летнего возраста.

Приложение 6А

**Примерное распределение времени по видам и направлениям работы психолога образовательного учреждения (в минутах)**

Виды работ психолога	Возраст детей (в годах)				
	3-5	5-6	6-7	7-8	8-10
<i>Консультативно-диагностическая деятельность</i>					
<b>Индивидуальный первичный прием</b>					
1. Сбор психолого-педагогического анамнеза	15-20	15-20	20-25	До 25	До 25
2. Обследование ребенка	25-45	40-60	45-90	45-90	60-105
3. Консультирование родителей	15-25	15-25	30-35	30-35	30-35
4. Анализ результатов и написание заключения	от 30 до 60 минут				
<b>Индивидуальный повторный прием</b>					
1. Обследование ребенка при повторном (динамическом) приеме	25-30	25-40	30-45	30-45	40-55
2. Консультирование родителей	15-20	15-20	15-30	15-30	до 30
3. Анализ результатов и написание заключения	от 20 до 50 минут				
<b>Работа со специалистами</b>					
1. Консультирование специалистов (совместная консультация)	20-35	20-35	20-35	25-40	25-40
2. Обсуждение ребенка на Консилиуме	до 30	до 30	до 40	до 40	до 45
<b>Групповые формы работы</b>					
1. Групповая диагностика	-	до 30	до 40	до 45	до 60
2. Анализ и написание заключения по групповой диагностике	до 30 минут на каждого ребенка от 3 до 5 часов на групповой анализ (на группу 12-15 человек)				

Приложение 6Б

**Ориентировочные временные нормативы коррекционной работы и наполняемость групп для программ формирования произвольной регуляции (программа ФПР) и пространственных представлений (программа ФПП)**

Возраст детей (в годах)	3,5-5	5-6*	6-7**	7-8	8-10
	Продолжительность занятия (в мин)				
ФПР Индивидуальная работа	15-20	20-25	ок. 30	30-35	35-40
Групповая работа	20-25	25-30	30-40	40-45	45-60
ФПП Индивидуальная работа	-	15-20	ок. 30	30-40	30-40
Групповая работа	20-25	25-30	30-40	40-45	40-45

\* Для детей до 5-6-ти лет данные программы являются развивающими и проводятся только в рамках игровых моментов.

\*\* Для детей 6-7-ти лет и старше данные программы могут быть как развивающими, так и коррекционными.

**Наполняемость групп для развивающей и коррекционной работы**

Возраст детей (в годах)	3,5-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10
	Наполняемость групп					
Программа ФПР	3-4	3-5	4-6	6-7*	6-7*	6-7*
Программа ФПП	4-5	4-6	5-7	6-8	8-10	8-12

\* При работе по формированию произвольной регуляции деятельности (ФПР) в паре с ассистентом количество детей в группе может быть увеличено на 30%.

Приложение 7  
**Заключение по результатам психологического обследования**  
(первичное)

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Школа № / (Д/сад) \_\_\_\_\_ Класс (группа) \_\_\_\_\_  
Запрос специалистов / родителей \_\_\_\_\_

Внешний вид и поведение в ситуации обследования

Темп работы и работоспособность

Общая характеристика деятельности, сформированность регуляторных функций

Особенности речевого развития

Особенности латерализации

Характеристика моторики, в т.ч. графической деятельности (рисунок, письмо)

Характеристика внимания

Особенности запоминания, мнестической деятельности

Сформированность пространственных представлений

Понимание сложных речевых конструкций, употребление предлогов

Характеристика интеллектуального развития

Особенности мотивационно-волевой сферы, ведущий тип мотивации

Эмоционально-личностные особенности, включая специфику межличностных взаимодействий

Заключение психолога

Вероятностный прогноз развития

Рекомендации

Дата \_\_\_\_\_ Подпись психолога \_\_\_\_\_

Приложение 8  
**Лист коррекционных занятий**

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Класс (группа) \_\_\_\_\_ Дата начала занятий \_\_\_\_\_

Специалист по коррекционной работе \_\_\_\_\_  
(фио разборчиво, специальность, должность)

Краткий план коррекционной работы \_\_\_\_\_  
(по мере необходимости в течение учебного года план уточняется)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Взят на индивидуальные / групповые занятия \_\_\_\_\_

Период занятий	1 четверть	2 четверть	3 четверть	4 четверть	ИТОГО
Количество занятий / пропусков					

Динамика состояния ребенка в процессе работы:

На « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Результативность коррекционной работы (в соответствии со статусом ребенка на момент окончания занятий). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Рекомендации по дальнейшей работе:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись специалиста \_\_\_\_\_

Приложение 9

**Заключение по итогам динамического обследования**

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Класс (группа) \_\_\_\_\_ Дата на момент обследования \_\_\_\_\_

Основная задача (цель динамического обследования)

Поведение в ситуации повторного обследования

\_\_\_\_\_

Динамика изменения операциональных характеристик деятельности и регуляторных функций

\_\_\_\_\_

Динамика изменения показателей ВПФ

\_\_\_\_\_

Динамика изменения мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер

\_\_\_\_\_

Дополнительно

\_\_\_\_\_

Дальнейшие рекомендации

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Психолог \_\_\_\_\_

Приложение 10

**Итоговое психологическое заключение**

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_ Возраст на момент обследования \_\_\_\_\_

Класс (группа) \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Статус на момент начала психологического сопровождения (первичное психологическое заключение)

---

---

---

Начальные рекомендации по коррекционной работе

---

---

---

Направления, длительность и форма проведенной коррекционной работы

---

---

---

Динамика изменения показателей ВПФ, развитие мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сферы

---

---

---

Психологическое заключение (статус на настоящий момент)

---

---

---

Дальнейшие рекомендации

---

---

---

Дата \_\_\_\_\_ Психолог \_\_\_\_\_

Приложение 11  
**Журнал регистрации видов работ**

№ п/п	Фамилия, имя ребенка/ класс (группа)	об- Первичное следование	об- Повторное следование	Групповая диаг- ностика	Индивидуальная коррекционная работа	Групповая кор- рекционная ра- бота	Консультация педагог / родит.	Проведение кон- силиума	Общешкольные мероприятия	Посещение уро- ков	Дополнительные виды работ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	<i>24 сентября</i>										
1	Иванов Петя 2А	+					+(пед.)				+
2	Васин Коля 4Б				+						+
3	Петров Игорь 1А					+					
4	Степанов Митя 1А					+					
5	Киселева Оля 1А					+					
6	Орлова Ирина 5В							+			+
7	Посещение 2-го «Г»									+(матем)	
	<i>25 сентября</i>										
1	...										
2	...										

Технология ведения журнала. 1. Регистрируется дата заполнения, то есть тот день, когда психолог проводит какие-либо виды работ.

2. Под последовательными номерами в графе 2 регистрируются фамилии, имена детей, с которыми в этот день работал психолог, их класс/ группа, а также фамилия, имя ребенка, по поводу которого проводился Консилиум, консультация и т.п.

3. В графе, соответствующей тому виду работ, который проводит психолог с данным ребенком, отмечается любым способом (например, знаком «+») факт проведения обследования, коррекционной работы, консультации и т.п.

4. В ситуации групповой коррекционной работы (графа 7) под последовательными номерами перечисляются все дети, участвующие в корр. работе. В ситуации работы с целым классом/группой регистрируется только наименование класса/группы.

5. В графе 10. Общешкольные мероприятия кратко отмечается характер мероприятия (педсовет, родит. собрание, семинар и т.п.).

6. В графе 11. Посещение уроков отмечается предмет, на котором присутствовал психолог, а в графе 2 — отмечается № класса (группы).

7. В графе 12 отмечаются другие, не перечисленные в журнале проведенные виды работ психолога, а также факт написания заключения, резюме по коррекционной работе, заключения для родителей, протокола консилиума и т.п.

8. В конце отчетного периода (неделя, месяц, полугодие) подсчитывается суммарное количество каждого вида работ в соответствующих графах.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей./Под. ред. К.С. Лебединской. — М., 1982.
2. *Ануфриев А.Ф.* Психологический диагноз: Система основных понятий. — М.: МГОПИ — «Альфа», 1995.
3. *Бурлачу к Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психологической диагностике. - СПб.: Питер, 1999. (Серия «Мастера психологии»).
4. *Бурменская Г.В. с соавт.* Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. — М.: МГУ, 1990.
5. *Выготский Л.С.* Антология гуманной педагогики. — М.: Издательский Дом Шалвы Амонашвили, 1996.
6. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений в 6-ти т. Т. 4, 5. /Под ред. Т.А. Власовой. — М.: Педагогика, 1983, 1984. (Акад. Пед. наук СССР).
7. Дети с временной задержкой психического развития /Под ред. Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. — М.: Педагогика, 1971.
8. Диагностический комплект. Исследование особенностей развития познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возрастов. Библиотека психолога-практика. Авт.-сост. Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. — М.: АРКТИ, 1999.
9. *Журба Л.Т., Мастюкова Е.М.* Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. — М., 1981.
10. *Иовчук Н.М., Северный АА.* Депрессия у детей и подростков. — М.: Школа-Пресс, 1999.
11. *Исаев Д.Н.* Психическое недоразвитие у детей. — Л., 1982.
12. *Карабанова ОА.* Игра в коррекции психического развития ребенка. Учебное пособие. — М.: Российское педагогическое агентство, 1997.
13. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. — М.: 1995.
14. Комплексная методика психомоторной коррекции./Под ред. А.В. Семенович. — М.: 1998.
15. Консультирование детей в психолого-педагогическом центре /Под ред. Л.С. Алексеевой. — М.: НИИ семьи, 1998.
16. *Кузнецова И.В., Ахутина Т.В., Битянова М.Р., Пахомова АЛ., Полонская Н.Н. и др.* Психолого-педагогическое обеспечение коррекционно-развивающей работы в школе: Пособие для адм. шк., педагогов и шк. психологов. Кн. 1. — М.: НМЦ «ДАР» им. Л.С.Выготского; Образовательный центр «Педагогический поиск», 1997.
17. *Лаак Я. Тер.* Психодиагностика: Проблемы содержания и методов. — М.: ИПП, Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996.
18. *Лебединская К.С., Никольская О.С.* Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. — М.: Просвещение, 1991.
19. *Лебединский В.В.* Нарушения психического развития у детей. — М.: МГУ, 1985.
20. *Лейнер Х.* Кататимное переживание образов / Пер. с нем. Я.Л. Обухова. — М.: «Эйдос». 1996.
21. *Лубовский В.И.* Дифференциальная диагностика нарушений развития. Проблемы и перспективы. В сб.: Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинара: «Современная психологическая диагностика отклоняющегося развития: методы и средства. Проблемы специальной психологии в образовании». 25-27 ноября 1998г. // М., 1998.
22. Нейропсихология детского возраста. Альбом. — М., 1997.
23. *Обухов Л.Я.* Символдрама: кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков. — М.: «Владос», 1998.
24. Психологическая диагностика детей и подростков. /Под ред. К.М. Гуревича. — М., 1995.
25. Психолого-медико-педагогическая консультация. Методические рекомендации. / Под ред. Л.М. Шипициной. — СПб.: Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, 1999.
26. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов. /Под общей ред. М.М. Семаго. — М.: АРКТИ, 1999.

27. *Пылаева Н.М., Ахутина Т.В.* Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у детей 5-7 лет. Методическое пособие. — М.: ИНТОР. 1997.
28. *Семаго М.М.* Консультирование семьи «проблемного» ребенка (психокоррекционные аспекты работы психолога-консультанта). — Ж. «Семейная психология и семейная терапия», 1998, № 1.
29. *Семаго М.М., Семаго Н.Я.* Интегративный подход к психологической диагностике отклоняющегося развития. В сб. Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. //Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинара: «Современная психологическая диагностика отклоняющегося развития: методы и средства. Проблемы специальной психологии в образовании». 25-27 ноября 1998г.// М., 1998.
30. *Семаго Н.Л.* Современные подходы к формированию пространственных представлений у детей, как основы компенсации трудностей освоения программы начальной школы. /Ж. Дефектология, № 1. - М.: Школа-Пресс, 2000.
31. *Семенович А.В.* Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития.// «Таврический журнал психиатрии». Т. 3. 1999, № 3.
32. *Семенович А.В., Архипов Б.А.* Методологические аспекты нейропсихологической диагностики отклоняющегося развития. В сб.: Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинара: «Современная психологическая диагностика отклоняющегося развития: методы и средства. Проблемы специальной психологии в образовании». 25-27 ноября 1998г.// М., 1998.
33. *Семенович А.В., Умрихин С.О.* Пространственные представления при отклоняющемся развитии. Методические рекомендации к нейропсихологической диагностике. — М., 1998.
34. Схема нейропсихологического обследования детей. /Под ред. А.В. Семенович. - М.: МГПУ, 1998.
35. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. — М.: Изд-во МГУ, 1990.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	3
<b>Раздел 1. Основные принципы и методологические подходы к работе психолога с проблемными детьми.....</b>	<b>8</b>
1.1. Общие положения .....	8
1.2. Понятие «отклоняющееся развитие» .....	14
1.3. Базовые составляющие (предпосылки) психического развития ребенка .....	21
1.3.1. Произвольность психической активности .....	25
1.3.2. Пространственные и пространственно-временные представления .....	28
1.3.3. Базовая аффективная регуляция .....	31
1.4. Общая стратегия деятельности психолога образования с проблемными детьми .....	36
<b>Раздел 2. Типология отклоняющегося развития. ....</b>	<b>44</b>
2.1. Общие принципы построения современной классификации отклоняющегося развития	44
2.2. Группа недостаточного развития .....	48
2.2.1. Тотальное недоразвитие .....	49
2.2.2. Задержанное психическое развитие .....	55
2.2.3. Парциальная несформированность высших психических функций .....	59
2.3. Группа асинхронного развития .....	68
2.3.1. Дисгармоничное развитие .....	69
2.3.2. Искаженное развитие .....	75
2.4. Дефицитарное развитие .....	79
2.5. Поврежденное развитие .....	80
<b>Раздел 3. Основы интегративной диагностики отклоняющегося развития .....</b>	<b>85</b>
3.1. Общие вопросы интегративной диагностики.....	85
3.2. Основные положения проведения психологического обследования .....	87
3.2.1. Психологический анамнез и его основные разделы.....	88
3.2.2. Тактика проведения психологического обследования .....	95
3.2.3. Технология проведения психологического обследования и его основные разделы .	98
3.3. Анализ результатов психологической диагностики .....	105
3.3.1. Общие замечания по проведению анализа.....	105
3.3.2. Общая схема анализа результатов углубленного психологического обследования	105
3.3.3. Оценка сформированности базовых составляющих (предпосылок) психического развития ребенка .....	111
3.4. Технология составления заключения по результатам психологического обследования	115
3.4.1. Общие положения .....	115
3.4.2. Технология составления общей части психологического заключения .....	116
3.4.3. Психологический диагноз, прогноз и рекомендации по развитию и коррекции ...	118
<b>Раздел 4. Методология развивающе-коррекционной работы с детьми с отклоняющимся развитием .....</b>	<b>122</b>
4.1. Теоретико-методологические основы развивающе-коррекционной работы .....	122
4.2. Основные направления современной развивающей и коррекционной работы .....	126
4.2.1. Коррекционные программы, основанные на нейропсихологическом подходе .....	127
4.2.2. Развивающе-коррекционные программы, ориентированные на формирование базовых составляющих психического развития ребенка (произвольности психической активности и пространственных представлений) .....	131
4.2.3. Система развивающе-коррекционной работы, базирующаяся на уровневом подходе к аффективной регуляции поведения и сознания .....	145
4.2.4. Символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия) ...	149
Заключение.....	154

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### **Приложения 1-3. Сводная таблица основных характеристик групп отклоняющегося развития**

<b>Приложение 1.</b> Группа недостаточного развития.....	156
<b>Приложение 2.</b> Группа асинхронного развития.....	166
<b>Приложение 3.</b> Группа поврежденного развития.....	178
<b>Приложение 4.</b> Карта наблюдения за поведением ребенка.....	184
<b>Приложение 5.</b> Методическое обеспечение психолога для проведения обследования познавательной и эмоционально-личностной сфер детей дошкольного и младшего школьного возраста .....	190
<b>Приложение 6А, Б.</b> Примерное распределение времени по видам и направлениям работы психолога образовательного учреждения ..	194, 195
<b>Приложения 7-11. Рекомендуемая рабочая документация психолога</b>	
<b>Приложение 7.</b> Заключение по результатам психологического обследования .....	196
<b>Приложение 8.</b> Лист коррекционных занятий .....	198
<b>Приложение 9.</b> Заключение по итогам динамического обследования .....	199
<b>Приложение 10.</b> Итоговое психологическое заключение .....	200
<b>Приложение 11.</b> Журнал регистрации видов работ .....	201
Литература.....	202