

**И. И. Мамайчук, М. Н. Ильина, Ю. М. Миланич**

# **ПОМОЩЬ ПСИХОЛОГА ДЕТЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Учебное пособие

*2-е издание, исправленное и дополненное*



**ЭКО • ВЕКТОР**

Санкт-Петербург  
2017

ББК 88.4  
М22

*Коллектив авторов:*

*Ирина Ивановна Мамайчук* — доктор психологических наук, профессор;  
*Маргарита Николаевна Ильина* — кандидат психологических наук, доцент;  
*Юлия Михайловна Миланич* — кандидат психологических наук, доцент

**Мамайчук И. И.**

**М22** Помощь психолога детям с задержкой психического развития : учеб. пособие / И. И. Мамайчук, М. Н. Ильина, Ю. М. Миланич. — 2-е изд., испрavl. и доп. — СПб. : Эко-Вектор, 2017. — 512 с.

ISBN

Аннотация???????

**ББК 88.4**

*Научное издание*

**Мамайчук Ирина Ивановна**  
**Ильина Маргарита Николаевна**  
**Миланич Юлия Михайловна**

**ПОМОЩЬ ПСИХОЛОГА  
ДЕТЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

ООО «Эко-Вектор»  
Генеральный директор *П. А. Наумов*  
Выпускающий редактор *Н. Н. Репьев*  
Редактор *Т. А. Дич*  
Корректор *Т. А. Дич*  
Верстка *Н. Н. Репьевой*

Подписано в печать 15.06.2017. Формат 60×90<sup>1</sup>/16.  
Бумага офсетная. Гарнитура Peterburg. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. . Тираж 500 экз. Заказ №

Оригинал-макет изготовлен ООО «Эко-Вектор».

Отпечатано ООО «Лесник-Принт»,  
192007, г. Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н.

По вопросам приобретения издания обращаться в ООО «Эко-Вектор»  
191186, Санкт-Петербург, Аптекарский переулок, д. 3, литер А,  
помещение 1Н, тел. (812) 648-83-66. E-mail: info@eco-vector.com

ISBN

© Коллектив авторов, 2017  
© ООО «Эко-Вектор», 2017

# **Оглавление**

Введение .....	7
<b>ЧАСТЬ 1. ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕЯМ И ПОДРОСТКАМ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ</b>	
<b>Глава 1. История, теоретические, методологические и методические проблемы психологической помощи детям с проблемами в развитии .....</b>	11
<b>Глава 2. Клинико-психологические особенности детей с задержкой психического развития .....</b>	27
2.1. Из истории вопроса .....	27
2.2. Клинические особенности детей с задержкой психического развития .....	32
2.3. Клинико-психологические особенности детей с конституциональной формой задержки психического развития.....	40
2.4. Клинико-психологические особенности детей с соматогенной формой задержки психического развития	52
2.5. Клинико-психологические характеристики детей с задержкой психического развития церебрально- органического генеза .....	63
<b>Глава 3. Возрастные особенности детей с задержкой психического развития (динамика развития, психолого- педагогические критерии).....</b>	79
3.1. Возрастно-психологические особенности здоровых детей на первом году жизни .....	81
3.2. Особенности психического развития детей с угрозой задержки психического развития на первом году жизни	90
3.3. Особенности психического развития детей с задержкой психического развития в преддошкольном возрасте	96
3.4. Особенности психического развития детей с задержкой психического развития в дошкольном возрасте .....	105
3.5. Психологические особенности детей с задержкой психического развития младшего школьного возраста	127
Список литературы .....	134

## **ЧАСТЬ 2. ВОЗРАСТНЫЕ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

<b>Глава 1. Психодиагностическая работа с детьми с задержкой психического развития .....</b>	<b>147</b>
1.1. Теоретико-методологические основы психодиагностической работы с детьми с задержкой психического развития .....	147
1.2. Задачи психологического обследования .....	151
1.3. Методы психологического обследования .....	159
<b>Глава 2. Коррекционно-развивающая работа с детьми с угрозой задержки психического развития в младенческом и предшкольном возрасте .....</b>	<b>272</b>
2.1. Коррекционно-развивающие занятия с детьми первого года .....	272
2.2. Коррекционно-развивающие занятия с детьми предшкольного возраста .....	282
2.2.1. Упражнения для развития предметно-практических манипуляций .....	285
2.2.2. Игры и занятия для развития двигательных функций .....	286
2.2.3. Упражнения для развития мелкой моторики .....	287
2.2.4. Игры и занятия для развития сенсорных функций для детей с задержкой психического развития .....	290
2.2.5. Игры и занятия на формирование наглядно-образного мышления у детей с задержкой психического развития .....	297
<b>Глава 3. Психологическая коррекция детей с задержкой психического развития дошкольного возраста .....</b>	<b>306</b>
3.1. Игры и упражнения по формированию сенсорно-перцептивной сферы у дошкольников .....	307
3.2. Игры и упражнения, направленные на формирование произвольной регуляции деятельности у дошкольников с задержкой психического развития .....	315
3.3. Упражнения для развития памяти у дошкольников с задержкой психического развития .....	335
3.4. Упражнения на развитие внимания у дошкольников с задержкой психического развития .....	338
3.5. Игры и занятия по развитию мыслительных процессов у дошкольников с задержкой психического развития .....	340

<b>Глава 4. Психологическая коррекция младших школьников с задержкой психического развития .....</b>	346
4.1. Психологическая коррекция гностических процессов младших школьников с задержкой психического развития .....	346
4.1.1. Развитие произвольного внимания .....	348
4.1.2. Развитие памяти .....	359
4.1.3. Оптимизация мыслительных процессов .....	366
<b>Глава 5. Нейропсихологическая коррекция детей с задержкой психического развития .....</b>	372
Список литературы .....	394

### **ЧАСТЬ 3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЬЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

<b>Глава 1. Психологическая коррекция детей с конституциональной формой задержки психического развития .....</b>	405
1.1. Направления психологической коррекции детей с конституциональной формой задержки психического развития .....	405
1.2. Психологическая коррекция познавательной активности у детей с задержкой психического развития конституционального генеза .....	408
1.3. Использование дидактических игр в процессе психологической коррекции детей с задержкой психического развития конституционального генеза .....	412
1.4. Психологическая коррекция детей с органическим инфантилизмом .....	416
<b>Глава 2. Психологическая коррекция детей с соматогенной формой задержки психического развития .....</b>	422
2.1. Направления психологической коррекции для детей с задержкой психического развития соматогенного генеза .....	422
2.2. Формирование произвольной регуляции деятельности у детей с задержкой психического развития соматогенного генеза .....	426
2.3. Принципы психологической коррекции детей с соматогенной формой задержки психического развития .....	433

<b>Глава 3. Психологическая коррекция детей с психогенной формой задержки психического развития .....</b>	<b>438</b>
3.1. Виды депривации и типы семейного воспитания детей с задержкой психического развития психогенного генеза .....	438
3.2. Семейная психологическая коррекция расстройств поведения у детей и подростков с задержкой психического развития психогенного генеза .....	440
3.3. Психологическое сопровождение детей с задержкой психического развития психогенного генеза .....	455
<b>Глава 4. Психологическая коррекция детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза</b>	
<b>Глава 5. Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей с задержкой психического развития</b>	<b>466</b>
5.1. Особенности эмоционально-волевой сферы детей с различными формами задержкой психического развития и основные направления психологической коррекции .....	466
5.2. Психокоррекционные технологии эмоционально-волевых нарушений у детей с задержкой психического развития.....	476
5.3. Групповые методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей с задержкой психического развития .....	483
5.4. Психорегулирующие тренировки в системе психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей с задержкой психического развития .....	486
Список литературы .....	498
Заключение .....	503

## **Введение**

Задержка психического развития (ЗПР) встречается в детском возрасте достаточно часто. По данным отечественных и зарубежных авторов, она наблюдается у 12–20 % детей. Дети с ЗПР отличаются ранним началом отставаний в психическом развитии, обязательно в младенческом или детском возрасте. В большинстве случаев у детей с ЗПР страдают речевые функции, зрительно-пространственный гнозис и праксис, наблюдаются недоразвитие моторных функций, а также эмоционально-волевые и поведенческие проблемы. Наблюдаемая в детском возрасте недостаточность когнитивных функций и личностная незрелость часто сохраняются в зрелом возрасте.

Проблемой ЗПР занимаются многие специалисты: психиатры, невропатологи, педагоги, дефектологи, логопеды, психологи, социальные работники. Однако, несмотря на значительное количество научных работ, посвященных этой проблеме, недостаточно представлены клинико-психологические аспекты ЗПР, не отражена роль психологической помощи и ее специфика для детей с ЗПР и их родителям.

В данном учебном пособии отражены основные направления психологической помощи детям с различными формами ЗПР (по классификации К. С. Лебединской). Проанализированы теоретические и методологические принципы разработки направлений и методов психологической помощи детям с ЗПР, описаны различные психокоррекционные технологии и психотехники, направленные на коррекцию гностических, эмоциональных и поведенческих проблем у детей с ЗПР.

Представленные нами технологии апробированы в процессе многолетнего опыта работы с детьми с ЗПР.



Прошло более 10 лет после выпуска первого издания нашей книги «Помощь психолога детям с задержкой психического развития» (СПб.: Речь, 2004). За этот период появилось много монографий и учебных пособий по данной проблеме, однако эта тема является чрезвычайно актуальной и сегодня как в теоретическом, так и в практическом аспекте. Задержка психического развития — это мультидисциплинарная проблема, привлекающая внимание как клиницистов, так и педагогов и психологов. Особую актуальность приобретает дифференцированный подход к проблеме ЗПР с учетом сложной клинико-психологической структуры дефекта, степени его тяжести и особенностей социальной ситуации развития ребенка. В дополненном издании учебного пособия мы поставили эту задачу и попытались ее решить.

Данное учебное пособие предназначено не только для практикующих психологов, студентов-психологов, но и для клиницистов, педагогов-дефектологов и родителей.

Выражаем глубокую благодарность детям и их родителям, принимавшим активное участие в психологической диагностике и коррекции, а также всем авторам, которых мы цитируем в нашей работе. Особенно благодарим наших коллег, сотрудников и аспирантов кафедры медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии СПбГУ и сотрудников медико-психологического центра «Здоровье» (Санкт-Петербург).

**Часть 1. ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ДЕТЕЯМ И ПОДРОСТКАМ  
С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО  
РАЗВИТИЯ**



---

## **Глава 1. ИСТОРИЯ, ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ, МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ**

---

Психологическая помощь детям с проблемами в развитии неотделима от истории изучения этих проблем в психологии, дефектологии, психиатрии и других науках. Условно можно выделить четыре основных периода в истории развития этих проблем.

*Первый период* — описательный, включающий в себя медицинские и педагогические проблемы коррекции аномального развития.

Накопление медицинских и философских знаний давало возможность с научных позиций подойти к пониманию процесса психического развития аномальных детей.

Большинство работ врачей и педагогов XIX века было посвящено психологии умственно отсталых детей. Эти больные были выделены из общей массы душевнобольных в отдельную группу. Многие психиатры и педагоги того периода пытались разработать классификацию физиологических и социальных причин интеллектуального дефекта у детей. Особая роль в изучении детей с интеллектуальной недостаточностью принадлежит французскому врачу и педагогу середины XIX века Эдуарду Сегену (1812–1880). Он первый попытался вычленить наиболее существенные дефекты при умственной отсталости, подчеркнул определяющую роль нарушений волевой активности ребенка в формировании дефекта, придавал особое значение развитию органов чувств у людей с ограниченными интеллектуальными возможностями. К сожалению, в отечественной дефектологии и психологии уделяется недостаточное внимание исследованиям этого великого ученого-гуманиста. Сеген организовал школу-интернат для умственно отсталых детей, где

стремился реализовать свои идеи в области лечебной педагогики. Его работы актуальны и в наше время. В своей монографии «Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно отсталых детей» Э. Сеген рисует идеальную картину учреждения, в котором воспитываются умственно отсталые дети. Он отмечает важную роль социального воспитания глубоко отсталого ребенка, подчеркивает, что путь развития таких детей лежит через сотрудничество, социальную помощь другого человека (Сеген Э., 1903). Автор предложил комплексный подход к воспитанию детей с нарушениями интеллекта. Однако Э. Сеген вошел в историю не только как специалист, исследовавший особенности психического развития при нарушениях интеллекта, он является автором оригинальных методов диагностики и коррекции перцептивного и умственного развития детей с нарушением интеллекта. Эти методы имеют несомненное практическое значение и сегодня. Каждый психолог-практик знаком с методиками, направленными на исследование целенаправленных действий, которые были предложены Э. Сегеном. Они широко используются для исследования особенностей зрительного восприятия, моторики и зрительно-моторной координации. Автор предложил разные варианты досок, среди которых были совсем простые и более сложные.

Простые – представляют собой фанерные доски с выемками разной формы и вкладки, которые точно соответствуют этим выемкам. Более сложные варианты отличаются тем, что выемки в доске могут быть заполнены лишь комбинацией нескольких вкладок. Задание можно предлагать детям даже без словесных инструкций. Психолог показывает доску, опрокидывает ее так, что вкладки падают на стол, а затем просит собрать доску. Это задание дает возможность психологу установить, как ребенок понял инструкцию, как он относится к заданию, какие способы работы использует, правильно ли дифференцирует форму. Появление «досок Сегена» можно считать началом развития психокоррекционных технологий.

В России одним из первых исследователей проблемы диагностики и коррекции детей с нарушениями в развитии был П. Я. Трошин, автор первой отечественной монографии под названием «Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей», вышедшей в 1916 году. Автор тщательно анализировал различия в перцептивных, мнемических и мыслительных процессах у детей с умственной отсталостью и здоровых.

«По существу, — отмечает Трошин, — между нормальными и ненормальными детьми нет разницы, те и другие люди, те и другие дети, у одних и у других развитие идет по одним законам. Разница заключается лишь в способах развития» (Трошин П. Я., 1916. Т. 1. С. 14). Эта мысль получила дальнейшее развитие в трудах Л. С. Выготского. В своем двухтомном труде П. Я. Трошин предлагает оригинальные методы диагностики и психокоррекционных воздействий, направленных на оптимизацию психических процессов у детей с нарушенным интеллектом.

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

Особый интерес представляют исследования особенностей психического развития здоровых детей и детей с проблемами в развитии с позиции ассоциативной психологии (Э. Клаперед, М. Монтессори).

Исследования М. Монтессори и сегодня являются актуальными и практически значимыми, несмотря на многочисленные критические оценки.

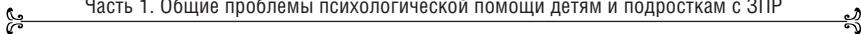
Мария Монтессори (1870–1952) родилась в Италии. В 1906 году Монтессори оканчивает университет и становится первой в Италии женщиной — доктором медицины. Перед ней открывались многочисленные пути, но она выбрала самый неблагодарный и тяжелый. Ее, как профессионала, заинтересовали особенности психического развития умственно отсталых детей. Следуя идеям Эдуарда Сегена и используя его коррекционные материалы, Мария Монтессори начинает разрабатывать свои. Вскоре она создает специальную школу, а затем медико-педагогический институт для умственно отсталых детей и сирот. Она разрабатывает разнообразный дидактический материал для психического развития умственно отсталых детей. В основе психолого-педагогической системы М. Монтессори лежит важное положение: любая жизнь есть проявление активности. «Начало развития лежит, — писала М. Монтессори, — внутри. Ребенок растет не потому, что он

питается, не потому, что он дышит, не потому, что он находится в благоприятных условиях температуры: он растет потому, что заложенная в нем потенциально жизнь развивается и проявляется, потому, что он плодотворное зерно, из которого зародилась его жизнь и развивается, повинуясь биологическим законам, предначертанным наследственностью» (Монтессори М., 1986. С. 382). Центральным компонентом теории Монтессори являются концепции сензитивных периодов развития у ребенка. Сензитивные периоды, по ее мнению, сходны с критическими периодами, которые она рассматривает как генетически запрограммированные отрезки времени, когда ребенок способен овладеть определенными навыками. Например, существуют сензитивные периоды для овладения языком, ходьбой и др. М. Монтессори считает, что ребенку необходимо предоставить условия для самообучения и самовоспитания. М. Монтессори уделяла много внимания сенсорному воспитанию детей, анализируя умственную отсталость, она сделала заключение, что у них наблюдаются выраженные нарушения восприятия и формирование восприятия является важным в развитии их психики. Эти взгляды послужили источником для многочисленных критических высказываний: ученого упрекали в том, что она подходит к развитию ребенка с позиции ассоциативной психологии, рассматривая психологическую коррекцию как форму специальных упражнений, направленных на развитие сенсомоторных способностей. Воспитание по Монтессори — это организация окружающей ребенка среды, наиболее соответствующей его потребностям. Суть психокоррекционных методов, разработанных М. Монтессори, заключается в том, чтобы стимулировать ребенка к самовоспитанию, самообучению и саморазвитию. Дидактические материалы, предложенные исследователем, широко используются в психокоррекционной практике не только за рубежом, но и в нашей стране. Критики нередко упрекают ее в том, что она недооценивала такие важные факторы развития ребенка, как игра, рисование, сказки. Однако вклад М. Монтессори в коррекционную педагогику и психологию огромный. Она убедительно показала, что возможно создавать условия для саморазвития ребенка с помощью специальных игровых материалов и умелое использование психологами и педагогами этих материалов способствует раскрытию потенциальных возможностей развивающейся личности.

Психокоррекционный потенциал системы Марии Монтескори чрезвычайно велик, так как в основе ее взглядов лежит безгранична вера в творческую природу человека. В дореволюционной России и в первые годы после Октябрьского переворота русские психологи успешно разрабатывали свои психокоррекционные системы, находясь под влиянием системы М. Монтессори.

А. Н. Грабов (1885–1949) разработал особую систему коррекционных занятий по развитию памяти, мышления, произвольных движений у детей с интеллектуальными нарушениями.

Особое место в разработке системы психологической коррекции детей с проблемами в развитии принадлежит П. В. Кащенко — выдающемуся врачу и педагогу. Всеивод Петрович Кащенко родился в 1870 году. Его старший брат Петр Кащенко был известным психиатром. Окончив медицинский институт, Кащенко проявил огромный интерес к детской психологии и психопатологии. Первые практические навыки в области детской психологии он приобрел в экспериментально-психологической лаборатории Россолимо. В 1907 году В. П. Кащенко сотрудничает с А. С. Грибоедовым, который руководил в тот период невропатологической клиникой. В 1908 году Кащенко уезжает за границу, чтобы познакомиться с работами детских психологов в Германии, Швейцарии, Италии, Бельгии. После возвращения он создает первую в Москве санаторную школу для дефективных детей. Будучи профессором по невропатологии и лечебной педагогики, Кащенко проявляет огромный интерес к проблемам детской дефективности, безнадзорности и правонарушений. Изданная в 1912 году под редакцией и с участием В. Кащенко книга «Дефективные дети в школе» была одним из первых русских учебников по коррекционной педагогике и психологии. В своих последующих работах автор подчеркивал значение социальной среды в формировании личности детей с проблемами в развитии. К сожалению, имя В. П. Кащенко на долгие годы было забыто, и только в 1992 году была издана его книга «Педагогическая коррекция: исправление недостатков характера у детей и подростков», в которой достаточно полно отражены принципы и методы лечебной педагогики, психотерапевтической и психологической коррекции, психологической диагностики. Идеи врача-гуманиста и психолога В. П. Кащенко, изложенные в этой книге, и сегодня являются весьма актуальными и практически значимыми.



*Третий этап* развития психологической коррекции связан с именем Л. С. Выготского (1896–1934). Л. С. Выготским проводились многочисленные исследования в области дефектологии и специальной психологии, накапливался эмпирический материал об особенностях развития детей с различными физическими и психическими аномалиями. Следует отметить, что еще до Выготского были проведены многочисленные исследования, в которых подчеркивалась роль социального воспитания в развитии аномального ребенка. Это работы А. Сегена, П. Я. Трошина, А. С. Грибоедова, В. П. Кащенко, А. Адлера и др., которые имеют несомненную теоретическую и практическую значимость и сегодня. Л. С. Выготский обобщил работы своих предшественников, создал общую концепцию аномального развития и наметил основные направления его коррекции. В основу исследований аномального детства положена теория психического развития, которую Выготский разработал, изучая особенности нормального психического развития. Он показал, что наиболее общие законы развития нормального ребенка прослеживаются и в развитии аномальных детей. Концепция детерминации психического развития аномального ребенка была выдвинута Л. С. Выготским в противовес существовавшей в тот период биологизаторской концепции, в соответствии с которой развитие аномального ребенка протекает по особым законам. Обосновывая положение об общности законов развития нормального и аномального ребенка, Выготский считал, что общим для обоих вариантов является социальная обусловленность психического развития. Во всех своих работах ученый отмечал, что социальное, в частности педагогическое, воздействие составляет неиссякаемый источник формирования высших психических функций как в норме, так и в патологии.

Идея социальной обусловленности развития специфически человеческих психических процессов и свойств неизменно присутствует во всех работах автора. Следует отметить ее практическую значимость, которая заключается в выделении важной роли педагогических и психологических воздействий в развитии психики ребенка как при нормальном, так и при нарушенном развитии. Идеи Л. С. Выготского о системном строении дефекта имеют определяющее значение в разработке программ психокоррекционных воздействий. Им были выделены две группы симптомов, наблюдающиеся при аномальном развитии ребенка: это первичные нарушения, которые непосредственно

вытекают из биологического характера болезни (например, нарушение слуха, зрения, двигательные нарушения, локальные поражения коры головного мозга), и вторичные нарушения, которые возникают опосредованно в процессе социального развития аномального ребенка. Вторичный дефект, по мнению автора, является основным объектом психологического изучения и коррекции при аномальном развитии. Механизм возникновения вторичных дефектов различен. Анализируя причины аномального развития ребенка, Выготский выделяет факторы, его определяющие. Он показал, что удельный вес наследственных предпосылок и средовых влияний различен как для разных сторон психики, так и для разных возрастных этапов развития ребенка. Им были выделены следующие факторы, определяющие аномальное развитие.

Первый фактор — время возникновения первичного дефекта. Общим для всех видов аномального развития является раннее возникновение первичной патологии. Тот дефект, который возник в раннем детстве, когда еще не сформировалась вся система функций, обуславливает наибольшую тяжесть вторичных отклонений. Например, при раннем поражении зрения, интеллекта и даже слуха у детей наблюдается отставание развития моторной сферы. Это проявляется в позднем развитии ходьбы, в недоразвитии мелкой моторики. Или у детей с врожденной глухотой наблюдается недоразвитие либо отсутствие речи. Нарушение хода психического развития ребенка более тяжелое при раннем возникновении дефекта, чем при более позднем. Однако сложная структура аномального развития не исчерпывается только отклонениями тех сторон психической деятельности, развитие которых находится в прямой зависимости от первично пострадавшей функции. В силу системного строения психики вторичные отклонения, в свою очередь, становятся причиной недоразвития других психических функций. Например, недоразвитие речи у глухих и тугоухих детей приводит к нарушению интерперсональных отношений, что в свою очередь негативно отражается на развитии личности.

Второй фактор — степень выраженности первичного дефекта. Различаются два основных вида дефекта. Первый из них частный, обусловлен дефицитарностью отдельных функций гноэзиса, праксиса, речи. Второй — общий, связан с нарушением регуляторных систем. Глубина поражения или степень выраженности первичного дефекта определяют разные усло-

вия аномального развития. Чем глубже первичный дефект, тем больше страдают другие функции.

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

Л. С. Выготский считал, что в процессе коррекционной работы необходима ориентация на зону ближайшего развития личности и деятельности. В связи с этим психологическая коррекция должна быть направлена на формирование психологических новообразований, составляющих сущностную характеристику возраста ребенка. Л. С. Выготский подчеркивал, что упражнение и тренировка уже имеющихся психологических способностей не делает коррекционную работу эффективной, так как обучение в этом случае лишь следует за развитием, совершающимся способности в чисто количественном направлении, не поднимая их на более перспективный качественный уровень.

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

Причины нарушений в поведении и в эмоциональной жизни детей и подростков представители психодинамического направления связывают с наличием конфликта. Психотерапевтические методы должны быть направлены на устранение имеющегося конфликта. Главной задачей психоанализа, как основного метода психодинамического направления, является доведение до сознания ребенка или подростка конфликтной ситуации, связанной с неприемлемыми для него бессознательными влечениями. В работе З. Фрейда «История маленького Ганса» положено начало использованию психоанализа в работе с детьми. Учитывая, что метод свободных ассоциаций неэффективен, особенно в раннем дошкольном возрасте, психоаналитики стали искать новые пути создания психокоррекционных методов. Ими были предложены методы игротерапии, арт-терапии, которые впоследствии, выйдя за рамки психодинамического направления, стали базовыми методами психологической коррекции. Общая направленность психологической коррекции в рамках психодинамического подхода — это помочь ребенку в выявлении

неосознаваемых причин эмоциональных переживаний, в их осознании и переоценке. Психокоррекционные технологии, разработанные представителями психодинамического направления, включают в себя различные этапы, способы и методы психологических воздействий. Это выявление бессознательных побуждений, которые лежат в основе эмоциональных нарушений у детей и подростков. Психоаналитик в процессе коррекции акцентуирует внимание ребенка на тех внутренних силах, которые помогут ему справиться с имеющимися проблемами. В результате этого происходит переоценка значимости проблемы, формируются новые системы эмоциональных установок и, наконец, происходит ликвидация «очага возбуждения».

Среди методов в практике детского психоанализа успешно используются такие, как игротерапия (директивная и недирективная), арт-терапия, толкование сновидений, метод свободных ассоциаций и др. Следует подчеркнуть, что, несмотря на очевидные недостатки психоаналитического подхода к изучению психики ребенка, методы, предложенные представителями данного направления, заслуживают особого внимания и широко используются в практической работе с детьми с проблемами в развитии.

Особую значимость для психологической коррекции детей с проблемами в развитии имеют исследования А. Адлера. Акцентируя внимание на позитивной природе человека, Адлер подчеркивал, что каждая личность в раннем детстве формирует уникальный стиль жизни, творит свою судьбу. Поведение человека мотивируется стремлением к достижению целей и социальным интересом. В своих работах Адлер отразил качественное своеобразие личности ребенка с физическим дефектом и его высокие компенсаторные возможности. Он писал: «Разные органы и функции человеческого организма развиваются неравномерно. Человек либо начинает беречь свой слабый орган, усиливая другие органы и функции, либо упорно пытается развить его. Иногда эти усилия настолько серьезны и продолжительны, что компенсирующий орган или сам слабейший орган становятся гораздо более сильными, чем в норме. Например, ребенок со слабым зрением может натренировать себя в искусстве рассматривания, ребенок, прикованный к постели из-за болезни легких, — развить разные способы дыхания. Мы часто можем видеть детей, которые преодолели эти трудности и в процессе их преодоления развили необыкновенно полезные



возможности» (Adler A., 1932. P. 15). В дальнейших своих исследованиях А. Адлер делает очень важный вывод о том, что представление о недостаточности у человека переходит из биологической плоскости в психологическую. «Неважно, — писал он, — есть ли в действительности какая-либо физическая недостаточность. Важно, что сам человек чувствует по этому поводу, есть ли у него ощущение, что ему чего-то недостает. А такое ощущение у него скорее всего будет. Правда, это будет ощущение недостаточности не в чем-то конкретно, а во всем...» (Jbid. P. 82). Это высказывание Адлера является ключевым в теории компенсации дефекта и его коррекции. Однако, подчеркивая роль восприятия человеком своего дефекта в дальнейшем его психическом развитии, Адлер пытается показать, что «ощущение недостаточности» является определяющим фактором дальнейшего психического развития. «Быть человеком — значит ощущать свою недостаточность» (Adler A., 1932. P. 82). Адлер подчеркивал, что ощущение недостаточности является мощным импульсом в дальнейшем индивидуальном развитии человека. Теория компенсации дефекта, предложенная Адлером, имеет большое значение в психологии. Как подчеркивал Л. С. Выготский, движущей силой развития ребенка является социальная оценка личностью своего дефекта, социальная позиция, отношение к своему дефекту. Цели психологической коррекции, по Адлеру, непосредственно вытекают из основных положений его концепции: снижение чувства неполноценности; развитие социального интереса; коррекция целей, мотивов с перспективой изменения смысла жизни. Психокоррекционные технологии, используемые Адлером, разнообразны и вполне согласуются с основными целями психокоррекции. Адлер уделяет специальное внимание установлению доверительных контактов между ребенком и психологом, определению общих целей работы, использованию поощрения. Им была разработана методика «Ранние воспоминания», анализ сновидений, в котором большое внимание уделяется детским снам, методика ценностных приоритетов, антисуггестия (парадоксальная интенция). Мы использовали этот метод с аутичными детьми в процессе групповой психокоррекции. Суть его заключается в многократном повторении нежелательных поступков детей. Многократное повторение одного и того же действия обесценивает это действие для ребенка. Например, многие дети, страдающие аутизмом, в ситуации эмоционального дискомфорта начинают раскачи-

ваться, прыгать, стереотипно встряхивать руками и др. На занятиях мы предлагали детям выполнить эти действия, но в социально приемлемой форме. Например, дети рассаживались друг против друга и, взявшись за руки, под музыку раскачивались (игра «лодочка»). В результате таких упражнений число стереотипных действий у детей значительно уменьшалось.

Поведенческое направление в психологической коррекции возникло в противовес психодинамическому. Теоретической базой этого направления являются классическая теория условных рефлексов И. П. Павлова, теория оперантного обусловливания Э. Торндайка и Б. Скиннера. Человек, по мнению представителей поведенческого направления, продукт своей среды и одновременно ее творец, а поведение человека формируется в процессе его обучения. Проблемы у человека возникают в результате плохого обучения, и научить нормальному поведению ребенка можно посредством подкрепления и имитации. Основной целью психологической коррекции в рамках поведенческого подхода явилась выработка у ребенка нового адаптивного поведения или преодоление дезадаптивного. Это достигается с помощью торможения и ликвидации старых форм поведения и обучения ребенка новым формам с использованием приемов самоконтроля, саморегуляции. В процессе психологической коррекции, обучая ребенка новым формам поведения, психолог выступает в роли учителя, тренера, а ребенок — в роли ученика.

В рамках поведенческого направления разработано много оригинальных психокоррекционных технологий. Например, «способ негативного воздействия», когда ребенку предлагается сознательно воспроизвести нежелательные реакции. Так, подростку с заиканием рекомендовано специально заикаться 15–20 раз подряд, а подростку с навязчивыми движениями в течение 10–15 минут специально повторять эти движения.

Для гиперактивных и импульсивных детей в рамках поведенческого подхода к психологической коррекции нами были разработаны специальные программы, состоящие из нескольких этапов. На первом этапе после прочтения определенного сюжета психолог ставит перед ребенком задачу. (Сюжеты отбирались с учетом особенностей поведения ребенка.) Например, сверхактивный и непослушный кот Мурзик отирает у детей игрушки. Затем, на втором этапе психолог совместно с ребенком проговаривают ход решения задачи. На третьем этапе ре-

бенок сам сочиняет историю и формулирует задачи, рассуждает вслух. И на четвертом этапе ребенок самостоятельно решает поставленную задачу, проговаривая ее про себя и проигрывая ее. Одним из существенных недостатков психологической коррекции в рамках поведенческого подхода является ориентация не на причины, а на специфику поведения. Однако использование методов этого направления психологической коррекции весьма продуктивно при работе с детьми и подростками.

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

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

В процессе *коррекционного этапа* психолог обучает подростка видеть неадаптивные способы своего поведения с помощью самонаблюдения, ведения дневников. Обсуждая с психологом результаты своих наблюдений, подросток начинает постепенно понимать причины своих неадаптивных реакций и использу-

зователь адаптивные формы поведения в повседневной жизни. Во время бесед психолог оказывает эмоциональную поддержку подростку. Позиция психолога в процессе когнитивной психокоррекции достаточно директивная, так как он выступает в роли наставника, учителя. Однако психолог не должен прямо указывать подростку, что его убеждения иррациональные, а поведение — неправильное и что вести себя надо именно так, как считает психолог. Главной задачей когнитивной психокоррекции является обучение подростка самостоятельно решать, модифицировать или сохранять свои убеждения, предварительно осознав их эмоциональные и поведенческие последствия.

*На оценочном этапе* психолог и подросток обсуждают новые формы поведения, дорабатывают его более сложные элементы.

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

Особое значение в психологической коррекции детей и подростков с проблемами в развитии и родителей имеет клиентцентрированный подход, разработанный К. Роджерсом. Роджерс акцентирует внимание на позитивной природе человека, а именно на свойственном ему врожденном стремлении к самореализации. По его мнению, проблемы у человека возникают при вытеснении некоторых чувств из поля сознания и искажении оценки собственного опыта. Основу психического здоровья, по К. Роджерсу, составляет гармоничная структура «Я-концепции», соответствие идеального «Я» реальному «Я», а также стремление личности к самопознанию и самореализации. «Я» реальное — это система представлений человека о самом себе, которая формируется на основе опыта, общения человека с другими людьми, а «Я» идеальное — это представление о том, каким бы человеку хотелось стать в результате реализации своих возможностей. Степень различия между «Я» реальным и «Я» идеальным определяет степень дискомфорта личности и личностный рост. Если степень различия невелика, то она выступает двигателем личностного роста. Если человек принимает себя таким, каким он является в действительности, то это служит признаком его душевного здоровья. Тревога и нарушение психологической адаптации личности, с одной

стороны, могут быть результатом несоответствия между реальным «Я» и жизненным опытом и, с другой стороны, между реальным «Я» и тем идеальным образом, который сложился у человека о себе самом. К. Роджерс считал, что человек обладает способностью к самоактуализации, которая определяет здоровье и личностный рост. В процессе психокоррекционных воздействий перед психологом стоит задача устранения эмоциональных блоков или препятствий на пути самореализации и самоактуализации. Цель психологической коррекции — выработка у клиента большего самоуважения, содействие его личностному росту. Главной профессиональной обязанностью психолога является создание соответствующего психологического климата, который позволил бы ему отказаться от защитных механизмов. Это достигается с помощью следующих технологий.

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

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

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

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

Психокоррекционные технологии, по Роджерсу, должны быть направлены на установление конгруэнтности с клиентом, вербализацию и отражение эмоций. Концепция К. Роджерса

нашла широкое применение в работе с подростками с нарушениями в поведении и с родителями детей-инвалидов.

Кроме перечисленных выше направлений психологической коррекции существует множество других. Это рационально-эмоциональное направление Эллиса, экзистенциальное направление, телесноориентированное направление Райха, биоэнергетический подход Лоуэна и др. Каждый из подходов заслуживает определенного внимания психологов. Все теоретические модели психологической коррекции создавались как рабочие модели, на основе которых разрабатывались соответствующие психокоррекционные технологии. Чтобы использовать те или иные технологии, необходимо глубоко разбираться в механизмах психической деятельности человека. Перед психологом-практиком стоит важная задача — это практическое освоение разнообразных теоретических направлений психологической коррекции. Бесконечное разнообразие личностей и индивидуальностей указывает на то, что нет некоего единственного, правильного метода психокоррекционного воздействия. Следует помнить, что в различных руках знание психокоррекционных технологий может оказывать как исцеляющее, так и разрушительное влияние. Любая психокоррекционная техника — это всего лишь инструмент, умелое использование которого зависит от профессионального, морального и личностного потенциала специалиста-психолога.

Четвертый этап развития теории и практики психологической коррекции в нашей стране связан с интенсивным формированием практической психологии, которое началось со второй половины 60-х годов.

В тот период начали широко разрабатываться и внедряться в практику программы психологической помощи детям с детским церебральным параличом (Абрамович-Лехтман Р. Я., 1962; Ипполитова А. Г., 1961; Семенова К. А., Мастиюкова Е. М., Смуглин М. Я., 1972; Мастиюкова Е. М., 1973; Симонова И. А., 1974; Мамайчук И. И., 1976 и др.). В начале 80-х годов проводились оригинальные исследования московских психологов по проблемам психологической коррекции детей, страдающих ранним детским аутизмом (Никольская О. С., 1980; Лебединский В. В., 1985; Лебединская К. С. и др., 1989 и др.). Внедряются в практику комплексные коррекционные программы по нейропсихологической коррекции (Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К., 1994; Пылаева Н. М., Ахутина Т. В., 1997), программы по формиро-



ванию пространственных представлений у детей (Семаго Н. Я., Семаго М. М., 2000), коррекционные психолого-педагогические программы для образовательных учреждений (Дубровина И. В. и др.). Появилось значительное число работ по проблемам психологической коррекции детей и подростков с эмоциональными нарушениями (Захаров А. И., 1982; Спиваковская А. С., 1988; Гарбузов В. В., 1990), а также вопросам семейной психологической коррекции (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1982 и др.).

В настоящее время успешно развиваются теоретические и методологические аспекты психологической коррекции детей с проблемами в развитии (Бурменская Б. В., Карабанова О. А., Лидерс А. Г., 1990; Шевченко С. Г., 1995; Мамайчук И. И., 1997; Осипова А. А., 2000; Семаго Н. Я., Семаго М. М., 2000, Никишина А. Д., 2003; Гонеев Н. И., Лифинцева Н. В.; **Ялпаева**, 2004; Хухлаева О. В., 2004 и др.).

---

## **Глава 2. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

---

### **2.1. Из истории вопроса**

Первое клиническое описание детей с задержкой психического развития связано с именем немецкого психоневролога Хоффмана. Еще в 1845 году он обратил внимание на детей с дефицитом внимания и двигательной расторможенностью (цит. по: Ковалев В. В., 1995).

Особый интерес к проблеме детей с ЗПР прослеживается в начале XX века, когда активно стали внедряться психометрические методы в психологическую практику. Например, А. Бине и Т. Симон описывали детей, которых авторы называли «псевдонормальные учащиеся». В эту группу входили педагогически запущенные дети и дети с умственной отсталостью. Л. Фейрфилд (1917) один из первых выделил следующие группы детей: 1) пограничные с нормой умственно отсталых со слабовыраженным, но стойким интеллектуальным дефектом; 2) дети, запаздывающие в развитии; 3) соматически ослабленные; 4) дети с неустойчивым темпераментом; 5) с поражением отдельных анализаторов (дефектами слуха, зрения и др.); 6) педагогически запущенные. Автор подчеркивал и необходимость длительного индивидуального наблюдения этих категорий детей. Особый интерес к проблеме недостатков в интеллектуальном развитии проявляли не только психологи, но и врачи-психиатры, дефектологи и другие специалисты. (цит. по: Гонеев А. Д. и др., 2002).

В работах отечественных врачей и педагогов конца XIX – начала XX века упоминаются дети «с пониженным общим развитием», «слабоодаренные», «умственно недоразвитые», которые находятся по уровню своего развития между умственно отсталы-

ми и нормальными детьми. И. Борисов (1925) выделил группу детей «с пониженным общим развитием», отличающихся от педагогически запущенных детей и олигофренов. По его данным, число таких детей с возрастом постепенно уменьшалось. Е. М. Захарян и М. А. Голозко, сопоставив психофизическое состояние 150 «трудных» и не успевающих в учебе школьников с аналогичными данными контрольной группы здоровых, дисциплинированных и хорошо успевающих сверстников, выявили у первых явления физической незрелости, плохое общее развитие, узость интересов, слабую память, заторможенность психических процессов, недоразвитие эмоций и пониженный психический тонус. У некоторых из них наблюдались беспечность, эгоцентризм, чрезмерная двигательная активность. С. И. Федоров (1936) среди 500 неуспевающих школьников выделил детей с задержкой развития, отличающихся слабым здоровьем и физической незрелостью. Сравнение с данными обследования нормально развитых сверстников выявляло степень их задержки развития на один-два года (цит. по: Лебединская К. С., 2004). Автор разработал оригинальные методы оценки ряда сторон интеллекта: восприятия, памяти, внимания, комбинаторно-конструктивных способностей, способности к систематизации, логике. Отечественный психиатр Н. Н. Озерецкий (1938) описал детей и подростков с замедленным темпом развития и обратил внимание на их более высокие потенциальные возможности в отличие от олигофренов, подчеркивал высокую значимость правильной организации педагогической и воспитательной работы с этими детьми.

Однако только в середине 30-х годов прошлого столетия впервые было сформулировано определение «минимальное мозговое повреждение», обозначающее непрогредиентные (непрогressирующие) резидуальные состояния, возникающие у детей в результате ранних локальных повреждений центральной нервной системы (ЦНС). В медицинской литературе впервые термин «минимальные мозговые дисфункции» (ММД) появился в конце 50-х годов и по настоящее время используется невропатологами и психиатрами при описании нарушений поведения и обучения детей вследствие раннего поражения ЦНС. Немного позже, в 1962 году, Оксфордская группа по международным исследованиям в детской неврологии провела симпозиум по проблемам ММД, на котором этот термин был признан официально для обозначения совокупности проблем поведения и обучения в сочетании с легкой

неврологической симптоматикой и нормальным интеллектуальным уровнем. В Международной классификации болезней (МКБ) 8-го пересмотра Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (1965) был принят термин «пограничная умственная отсталость».

В МКБ 10-го пересмотра отсутствует понятие «задержка психического развития». Выделена рубрика «Нарушения психологического развития» (F80-F89). Для включенных в этот блок расстройств характерно: 1) обязательное начало в младенческом или детском возрасте; 2) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием ЦНС; 3) устойчивое течение без ремиссий и рецидивов; 4) уменьшение задержки или нарушения по мере взросления ребенка при частом сохранении легкой недостаточности в зрелом возрасте.

Понятию ЗПР более всего соответствуют несколько подразделов блока «Нарушения психологического развития». Во-первых, это подраздел «Специфические расстройства развития учебных навыков» (F81), из которого исключаются нарушения, являющиеся результатом умственной отсталости или обусловленные полученной травмой или перенесенной болезнью головного мозга. К этой группе относятся:

- специфическое расстройство чтения (F81.0);
- специфическое расстройство спеллингования (F81.1);
- специфическое расстройство арифметических навыков (F81.2);
- смешанное расстройство учебных навыков (F81.3);
- другие расстройства развития учебных навыков (F81.8);
- расстройство развития учебных навыков, неуточненное (F81.9).

Таким образом, принимается во внимание только учебный аспект проблемы ЗПР, так как представленные расстройства могут быть выявлены лишь с начала систематического обучения. Этот подход представляется нам далеко не достаточным и односторонним.

Детям, которые обнаруживают признаки ЗПР в раннем и дошкольном возрасте, приписываются:

- специфические расстройства развития речи и языка (артикуляции, экспрессивной или рецептивной речи) (F80);
- специфические расстройства развития моторной функции (F82), предполагающие недостаточность тонкой и более грубой моторной координации;

- смешанные специфические расстройства психологического развития (F83), представленные сочетанием выраженных в равной степени специфических расстройств речи и языка, моторной координации и учебных навыков. Указывается, что эти нарушения обычно, но не всегда связаны с определенной степенью общей недостаточности познавательных функций. Данную рубрику используют, если имеются дисфункции двух или более рубрик (F80, F81, F82). Расстройства под шифром F83 более всего соответствуют ЗПР церебрально-органического генеза, описанной в отечественной детской психиатрии, клинической и специальной психологии. Принимается, что ЗПР может выявляться до школьного возраста, так как регистрация нарушения формирования учебных навыков необязательна, а расстройства речи и моторной координации рассматриваются на фоне слабо выраженного, по сравнению с умственной отсталостью, общего когнитивного снижения.

У детей с легким отставанием в развитии могут быть также обнаружены «Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте»: гиперкинетические расстройства (F90), в том числе «нарушение активности и внимания» (F90.0) или «синдром дефицита внимания с гиперактивностью», а также «расстройства поведения» (F91), под которыми понимаются несоответствующие возрасту стойкие модели диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения.

Кроме общей классификации болезней применяют многоосевую классификацию психических расстройств в детском и подростковом возрасте (MAS). Она построена на основе МКБ-10 и использует ее многомерную структуру. MAS включает в себя шесть осей, или измерений: клинические психопатологические синдромы (ось I), специфические расстройства психического развития (ось II), уровень интеллекта (ось III), соматические состояния (ось IV), сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации (ось V), общая оценка нарушения социальной продуктивности (ось VI). Нозологические формы под шифрами F90 и F91 включены в ось I, а F80–F83 – в ось II.

Важным для диагностики ЗПР представляется дополнительная, пятая ось, отсутствующая в варианте для взрослых. Она позволяет классифицировать аномальные психосоциаль-

ные ситуации, которые могут играть роль факторов риска в возникновении психического расстройства или повлиять на его дальнейшее развитие. К оси V относятся: аномальные отношения в семье, психическое расстройство, отклонения или нетрудоспособность родителя или сиблинга, неадекватное общение в семье, аномальные качества воспитания, аномалии ближайшего окружения (в том числе воспитание в учреждении), стрессовые события в жизни. Учет факторов социального окружения и прошлого опыта ребенка позволит специалисту говорить о преимущественно психогенном характере ЗПР или более качественно описать структуру нарушенного развития при других формах задержки (конституциональной, соматогенной, церебрально-органической).

По мнению Е. С. Иванова (1999), классификации ЗПР в России более четко разработаны, чем в МКБ. Специалистам необходимо находить консенсус между традиционными подходами в отечественной психиатрии, клинической и специальной психологии и тем, что содержит классификация болезней ВОЗ.

В отечественной литературе для обозначения детей с наиболее легкими отклонениями в развитии, остающихся в рамках нормы, приняты различные термины: «задержка интеллектуального развития», «замедленный темп развития», «дети с временной задержкой психического развития» (Власова Т. А., Певзнер М. С., 1967, 1973), «задержка темпа психического развития», «задержка психического развития» (Сухарева Г. Е., 1959) и т. д.

Разнообразие терминологических обозначений подчеркивает сложность клинической идентификации психопатологических расстройств у детей, отстающих в развитии. В отечественной клинико-психологической и психолого-педагогической литературе термин ЗПР широко используется.

В нашей стране с 60-х годов начинают появляться первые клинические и психолого-педагогические исследования проблемы ЗПР. Значительное количество работ отечественных клиницистов было посвящено анализу причин возникновения ЗПР в детском возрасте (Сухарева Г. Е., 1959; Певзнер М. С., 1972; Ковалев В. В., 1985; Лебединская К. С., 1982 и др.). Психолого-педагогические исследования ЗПР успешно проводились в Институте дефектологии АПН СССР под руководством В. И. Лубовского, Т. А. Власовой, Н. А. Никашиной и др., где анализировались специфические психологические особенности детей с ЗПР (Власова Т. А., Певзнер М. С., 1973; Лубов-

ский В. И., 1972; Никашина Н. А., 1972). В настоящее время этой проблемой активно занимаются психологи, педагоги, логопеды и клиницисты.

## 2.2. Клинические особенности детей с задержкой психического развития

Показатели частоты ЗПР у детей неоднородны. Например, по данным Министерства образования России (1997), среди первоклассников свыше 60 % относились к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации.

Противоречивость данных о распространенности ЗПР обусловлена высокой значимостью требований, которые предъявляет общество к интеллектуальным особенностям ребенка, а также тем, что ЗПР диагностируется преимущественно при поступлении ребенка в школу. Кроме того, в дошкольном возрасте многим детям, имеющим различные речевые нарушения, приписывают задержку психического развития.

В 1972–1973 годах в исследованиях сотрудников Института дефектологии АПН СССР в ряде регионов страны ЗПР была выявлена у 5–6 % учащихся младших классов массовых школ (Власова Т. А., Лебединская К. С., 1975; Марковская И. Ф., 1982). Среди систематически неуспевающих учащихся начальных классов массовых школ пограничная интеллектуальная недостаточность наблюдается у 52,5–79 % (Крыжановская И. Л., 1983; Калмыкова З. И., 1986; Улба П. П., 1987). Среди детей дошкольного возраста, по данным У. В. Ульянковой (1984), 20 % отстают в усвоении программы.

Однако клиницисты указывают на меньший процент детей с ЗПР, чем педагоги и психологи. Частота распространенности ЗПР, по данным клиницистов, колеблется от 2 до 20 % в популяции, по некоторым сообщениям, она доходит до 47 % (Ковалев В. В., 1979; Лебединская К. С., 1982). Такой разброс данных обусловлен прежде всего отсутствием единых методологических подходов к формулировке диагноза ЗПР, что возможно при комплексном медико-психологическом подходе.

Причины ЗПР многообразны. Факторы риска возникновения у ребенка ЗПР условно можно разделить на две основные группы: биологические и социальные.

Среди биологических факторов выделяются медико-биологические и наследственные.



К медико-биологическим причинам относятся ранние органические поражения ЦНС. У большинства детей в анамнезе наблюдался отягощенный перинатальный период, связанный в первую очередь с неблагополучным течением беременности и родов.

По данным нейрофизиологов, активный рост и созревание мозга человека происходят во второй половине беременности и в первые 20 недель после рождения. Этот же период является критическим, так как структуры ЦНС становятся наиболее чувствительными к патогенным влияниям, задерживающим рост и препятствующим активному развитию мозга.

К факторам риска внутриутробной патологии можно отнести:

- пожилой или очень юный возраст матери;
- отягощенность матери хронической соматической или акушерской патологией до или во время беременности.

Все это может проявляться в низкой массе тела у ребенка при рождении, в синдромах повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, в нарушении сна и бодрствования, в повышенном мышечном тонусе в первые недели жизни. Нередко ЗПР может быть обусловлена инфекционными заболеваниями в младенческом возрасте, черепно-мозговыми травмами, тяжелыми соматическими заболеваниями. Все эти факторы могут оказывать негативное влияние на процесс созревания ЦНС и последующее нервно-психическое развитие.

Ряд авторов выделяют наследственные факторы ЗПР, к которым относится врожденная, и в том числе наследственная, неполноценность ЦНС ребенка. Нередко это наблюдается у детей с задержкой церебрально-органического генеза, с минимальными мозговыми дисфункциями. Например, по данным клиницистов, 37 % больных с диагнозом ММД имеют братьев и сестер, двоюродных родственников, а также родителей с признаками ММД (Глазерман Т. Б., 1983). Кроме того, 30 % детей с локомоторными дефектами и 70 % детей с речевыми дефектами имеют родственников с такими же нарушениями по женской или мужской линии (**Ковтун и др.**).

В литературе подчеркивается преобладание мальчиков среди детей с ЗПР, что можно объяснить рядом причин:

- более высокой уязвимостью плода мужского пола по отношению к патологическим воздействиям в периоды беременности и родов;

- относительно меньшей степенью функциональной межполушарной асимметрии у девочек по сравнению с мальчиками, что обуславливает больший резерв компенсаторных возможностей при поражении систем мозга, обеспечивающих высшую психическую деятельность (Бадалян Л. О., Заваденко Н. Н., Успенская Т. Ю., 1993; Корнев А. Н., 1995).

Вместе с тем многие авторы подчеркивают, что наряду с биологическими (ранним органическим поражением ЦНС и генетическим) важную роль в формировании ЗПР играют социально-психологические факторы (Бадалян Л. О., Заваденко Н. Н., Успенская А. Н., 1993; Заваденко Н. Н., Успенская А. Н., Суворинова Н. Ю., 1997).

Наиболее часто в литературе встречаются указания на следующие неблагоприятные психосоциальные условия, усугубляющие ЗПР:

- нежеланная беременность;
- одинокая мать или воспитание в неполных семьях;
- частые конфликты и несогласованность подходов к воспитанию;
- наличие криминального окружения;
- низкий уровень образованности родителей;
- проживание в условиях недостаточной материальной обеспеченности и неблагополучного быта;
- факторы большого города: шум, длительная дорога на работу и домой, неблагоприятные экологические факторы.

Другие авторы выделяют психологические факторы, предрасполагающие к формированию ЗПР. К ним относятся:

- особенности и типы семейного воспитания;
- ранняя психическая и социальная депривация ребенка;
- пролонгированные стрессовые ситуации, в которых находится ребенок, и др. (Лебединская К. С., 1982; Мамайчук И. И., 2001).

Однако важную роль в развитии ЗПР играет сочетание биологических и социальных факторов. Например, неблагоприятная социальная среда (вне- и внутрисемейная) провоцирует и усугубляет влияние резидуально-органических и наследственных факторов на интеллектуальное и эмоциональное развитие ребенка. Выдающийся детский психиатр Г. Е. Сухарева (1891–1981), изучая детей, страдающих стойкой школьной

неуспеваемостью, подчеркивала, что ЗПР необходимо отличать от легких форм умственной отсталости. Кроме того, автор отмечала, что необходимо дифференцировать задержку психического развития от задержки темпа психического развития. Задержка психического развития — это более стойкая интеллектуальная недостаточность, а задержку темпа психического развития психиатр рассматривала как обратимое состояние. На основе этиологии, то есть причин возникновения ЗПР, Г. Е. Сухарева выделяет следующие формы:

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

М. С. Певзнер также рассматривала ЗПР вне рамок умственной отсталости, а как самостоятельную группу заболеваний и состояний в детском возрасте. При систематике ЗПР автор различает две ее основные формы:

- задержку психического развития, обусловленную психическим и психофизическим инфантилизмом;
- задержку психического развития, обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями (Певзнер М. С., 1966).

Традиционно в отечественной психопатологии и психиатрии классификация ЗПР была построена по этиопатогенетическому принципу, когда форма ЗПР определяется причиной ее возникновения. В. В. Ковалев выделяет четыре основные формы ЗПР, рассматривая внутри каждой формы различные варианты (табл. 1).

Таблица 1

**Классификация форм пограничных форм интеллектуальной недостаточности по Ковалеву**

Форма	Состояние	Причины
Дизонтогенетическая	<ol style="list-style-type: none"> <li>Интеллектуальная недостаточность при состоянии психического инфантилизма.</li> <li>Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности.</li> <li>Искаженное психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью</li> </ol>	<p>Нарушения созревания наиболее молодых структур головного мозга, главным образом системы лобной коры и их связей.</p> <p>Этнологические факторы: конституционально-генетические; внутриутробная патология; легкие формы родовой патологии; токсико-инфекционные воздействия в первые годы жизни</p>
Энцефалопатическая	<ol style="list-style-type: none"> <li>Перебрастенические синдромы с запаздыванием школьных навыков.</li> <li>Психоорганический синдром с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций.</li> <li>Органическая интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах.</li> <li>Интеллектуальная недостаточность при общем недоразвитии речи (синдромы алалии)</li> </ol>	<p>Остаточные явления органического поражения головного мозга вследствие перенесенных мозговых инфекций, травм, интоксикаций</p>
Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов	<ol style="list-style-type: none"> <li>Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте или тугоухости.</li> <li>Интеллектуальная недостаточность при слепоте, возникшей в раннем детстве</li> </ol>	<p>Сенсорная депривация.</p> <p>Замедленное и искаженное развитие познавательных процессов в связи с дефицитом анализаторов (зрение и слух), которым принадлежит ведущая роль в познании окружающего мира</p>
Интеллектуальная недостаточность, обусловленная социальными факторами, связанная с дефектами воспитания, дефицитом информации в раннем детстве, с педагогической запущенностью	<ol style="list-style-type: none"> <li>Вторичная задержка психического развития.</li> <li>Нарушение мотивации учебной деятельности</li> </ol>	<p>Психическая незрелость родителей.</p> <p>Психические заболевания у родителей.</p> <p>Недостекватные стили семейного воспитания</p>



Классификация В. В. Ковалева имеет большое значение в диагностике детей и подростков с ЗПР. Однако автор рассматривает ЗПР не как самостоятельную нозологическую группу, а как синдром при многообразных формах дизонтогенеза (детский церебральный паралич, нарушение речи и др.).

Наиболее информативной для психологов и педагогов является, на наш взгляд, классификация К. С. Лебединской. Как справедливо отмечает автор, «если болезнь является бесспорной компетенцией клинициста, то аномалии психического развития в значительной степени представляют собой область специальной психологии, изучающей деформацию нормальных психических функций и психического развития в условиях патологии». Автор на основе комплексного клинико-психологопедагогического изучения неуспевающих младших школьников разработала клиническую систематику ЗПР.

К. С. Лебединская, так же как В. В. Ковалев, строит классификацию исходя из этиологического принципа и различает четыре основных варианта ЗПР:

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

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов ЗПР имеется специфическое сочетание личностной незрелости, недоразвитие эмоциональной и интеллектуальной сферы.

Каждый из представленных вариантов ЗПР, подчеркивает автор, может быть осложнен соматическими, энцефалопатическими, неврологическими и другими заболеваниями и иметь свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоционально-волевой сферы и нарушений познавательной деятельности.

Следует подчеркнуть, что существенных содержательных различий в классификациях ЗПР, представленных в работах Г. Е. Сухаревой, К. С. Лебединской и В. В. Ковалева, не наблюдается. Во-первых, в основу всех классификаций положен этиопатогенетический принцип. Во-вторых, во всех классифи-

кациях представлены дизонтогенетические формы ЗПР (инфанттилизм) и энцефалопатические формы (ЗПР церебрально-органического генеза). В-третьих, всеми авторами выделены задержки психического развития, обусловленные педагогической запущенностью, сенсорной и социальной депривацией.

Однако классификация К. С. Лебединской, на наш взгляд, является весьма продуктивной, так как в ее основу положен комплексный клинико-психологический подход к проблеме ЗПР.

Существенный вклад в исследование детей с ЗПР былнесен сотрудниками Института дефектологии АПН СССР под руководством профессора В. И. Лубовского и Института общей и педагогической психологии под руководством А. Н. Менчинской в конце 60-х годов прошлого столетия. В этих работах подчеркивались трудности у детей с ЗПР при овладении чтением, письмом, математикой. Отмечались недостаточная сенсомоторная координация, общая моторная неловкость, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, неустойчивость внимания, повышенная утомляемость (Власова Т. А., Певзнер М. С., 1967, 1973).

Специальные исследования психических процессов у детей с ЗПР выявили трудности приема и переработки информации, снижение объема кратковременной и долговременной памяти, слабое развитие опосредованного запоминания (Егорова Т. В., 1973). Описаны нарушения речевого развития, что проявляется в сниженном словарном запасе, в трудностях определения слов, недоразвитии грамматических обобщений (Цыганова Н. А., 1972; Шевченко С. Г., 1974 и др.).

Кроме психолого-педагогических исследований появились *нейropsихологические* исследования, в которых тщательно анализировались структура и динамика нарушений гностических процессов у детей с ЗПР церебрально-органического генеза (Марковская И. Ф., 1977).

В 1984 году вышла в свет первая отечественная монография «Дети с задержкой психического развития» под редакцией Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. В этой коллективной работе на большом экспериментальном материале раскрывается своеобразие гностических процессов у детей с ЗПР. В последние годы опубликовано большое количество работ по проблемам психологической диагностики, коррекции ЗПР. В психолого-педагогических исследованиях отмечается,

что в структуре психического дефекта у детей с ЗПР на первый план выступают незрелость эмоционально-волевой сферы с нерезко выраженным интеллектуальными нарушениями, а также замедленное развитие интеллектуальных процессов (Т. В. Егорова, Г. Е. Жаренкова, В. И. Лубовской, Л. И. Переслени, П. Б. Шошин и др.).

Несмотря на широкий научно-практический интерес психологов к данной проблеме, большинство исследований проводится без учета клинических и этиологических факторов, определяющих форму и структуру дефекта при задержках психического развития. Клинико-психологическая структура каждого варианта ЗПР отличается своеобразным соотношением интеллектуальных и эмоционально-волевых нарушений. В связи с этим необходим дифференцированный подход к психологическому анализу структуры интеллектуального и эмоционально-волевого развития детей с ЗПР. Психологическое исследование детей с ЗПР без учета клинической формы является односторонним и недостаточно эффективным для разработки психокоррекционных программ и технологий. В связи с этим необходимо рассматривать особенности психического развития детей с ЗПР, опираясь на классификацию К. С. Лебединской (1982).

Итак, обобщая вышеизложенное, необходимо подчеркнуть:

- сочетание биологических и социальных факторов оказывает отрицательное влияние на процесс развития центральной нервной системы ребенка и может способствовать формированию ЗПР у ребенка;
- многообразие причин ЗПР отражается на специфике ее проявлений;
- изучение взаимодействия социально-психологических и биологических факторов и их влияния на формирование ЗПР требует комплексного клинико-психологического-педагогического подхода;
- проблема ЗПР – это мультидисциплинарная проблема, включающая в себя клинико-психологово-педагогические аспекты;
- комплексный подход к анализу ЗПР с учетом клинико-психологово-педагогических особенностей ребенка, представленный в классификации К. С. Лебединской, на наш взгляд, является весьма продуктивным для психологического исследования детей с ЗПР и разработки дифференцированных методов психологической коррекции.

### 2.3. Клинико-психологические особенности детей с конституциональной формой задержки психического развития

Инфантилизм (от лат. *infantilis* — младенческий, детский) — это отсталость развития, проявляющаяся сохранением во взрослом состоянии физического строения или черт характера, свойственных детскому возрасту. Термин «инфантанизм» впервые был предложен E. Lasegue в 1864 году для обозначения сохраняющихся у некоторых взрослых людей физических и психических признаков, свойственных детям. Автор выделил три признака этого расстройства: тщедушность, грацильность (щуплость) и миниатюрность тела с чертами детской наивности и беспомощности у взрослых людей, остающихся «детями на всю жизнь». По отношению к детям с задержками развития термин «психический инфантилизм» был введен в начале XIX века немецким психиатром G. Anton. Автор рассматривал его как «парциальный инфантилизм» в отличие от «тотального инфантилизма» при умственной отсталости. Во взрослой психиатрии данный термин применяется достаточно часто в рамках анализа изменений личности при различных психических заболеваниях (цит. по: Лебединский В. В., 1985).

Распространенность психического инфантилизма, по данным некоторых авторов, составляет 1,6 % детского населения. Его причинами чаще всего являются относительно легкие поражения головного мозга: инфекционные, токсические и другие, включая травмы и асфиксию плода. Особенно неблагоприятными считаются в этом отношении последний триместр внутриутробного периода и период родов. Ряд авторов связывают инфантилизм с конституционально-генетической предрасположенностью и психогенным фактором в виде особенностей воспитания по типу гипо- или гиперопеки, деспотического воспитания и т. п. (Лебединская К. С., 1982; Ушаков Г. К., 1974; Ковалев В. В., 1985).

Г. К. Ушаков характеризует детей с психофизическим инфантилизмом как недостаточно самостоятельных, с ограниченными интересами. У них впечатлительность, незрелость суждений преобладают над рассудочностью, конкретное мышление над логическим, характерна недостаточная глубина аффективных переживаний. Наряду с этим автор отмечает незрелость психомоторики и вегетативных реакций, нарушения сна и аппетита, вазомоторную лабильность, повышенную потливость

и зябкость. Среди личностных особенностей часто выделяются черты незрелости, робости, нерешительности, неуверенности и тревожности. Эти особенности характерны для гармонического или психофизического инфантилизма (Ушаков Г. К., 1974).

В клинической практике авторы в тот период выделяли две формы психического инфантилизма: простой и осложненный (Ковалев В. В., 1973; Власова Т. А., Певзнер М. С., 1973; Певзнер М. С., 1982 и др.). В дальнейших исследованиях были выделены четыре основных варианта инфантилизма: гармонический (простой), дисгармонический, органический и психогенный.

*Гармонический (простой) инфантилизм* проявляется в равномерной задержке темпа физического и психического развития. Его причинами могут быть заболевания эндокринной системы у ребенка, поражение головного мозга вследствие заболеваний внутренних органов.

Клиническая картина гармонического инфантилизма характеризуется чертами незрелости. Дети выглядят младше своего возраста, так как у них наблюдается инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей как бы находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста. Отмечается яркость и живость эмоций, преобладание эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, внушаемость и недостаточная самостоятельность. Такое пропорциональное сочетание психической и физической незрелости Г. Е. Сухарева обозначала как «гармонический инфантилизм». По мнению автора, возрастная динамика «гармонического инфантилизма» относительно благоприятна. При правильной организации учебно-воспитательной работы эти дети догоняют своих сверстников в общем психическом развитии (Сухарева Г. Е., 1959, 1965). Г. К. Ушаков также подчеркивал детскость, ограниченность, узость интересов, недостаточную самостоятельность в действиях и поступках у детей с простым инфантилизмом (Ушаков Г. К., 1974).

Клинико-психологические исследования показывают, что наиболее существенным психологическим признаком психического инфантилизма является замедленный темп формирования эмоционально-волевой сферы и личности. Черты инфантильного поведения наглядно проявляются в несамостоятельности детей, повышенной внушаемости, стремлении к по-

лучению удовольствия от игровой деятельности, беспечности, неумении подчинять свое поведение требованиям взрослых (Лебединский В. В., 1985).

В раннем возрасте у ребенка признаки эмоционально-волевой незрелости выявить достаточно сложно, и поэтому психический инфантилизм чаще диагностируется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Однако уже в первые годы жизни детей специалисты могут наблюдать снижение познавательной активности, симбиотическую связь с матерью, задержку в развитии локомоторных функций, навыков опрятности. В дошкольном возрасте у детей с гармоничным инфантилизмом наблюдается неразвитость интеллектуальных интересов, что проявляется в повышенной отвлекаемости, утомляемости, когда требуются волевые усилия при выполнении заданий. Типичным для детей с психическим инфантилизмом в младшем школьном возрасте является преобладание игровых интересов над учебными, непонимание и неприятие школьной ситуации и связанных с ней дисциплинарных требований, что приводит к социальной и школьной дезадаптации, невротическим реакциям и нарушению поведения.

С возрастом улучшается активность и самостоятельность ребенка, в деятельности появляются исследовательские и творческие элементы, наблюдается развитие воображения и фантазий. По наблюдениям клиницистов, проявления простого психического инфантилизма уменьшаются или полностью исчезают приблизительно к 10 годам (Ковалев В. В., 1979). Если они не исчезают к пубертатному возрасту, то в этот период могут наблюдаться личностные дисгармонии, что выражается в акцентуациях характера по неустойчивому или истероидному типу (Ковалев В. В., 1985).

При гармоничном (простом) психическом инфантилизме незрелость наблюдается не только в эмоционально-волевой сфере, но и в интеллектуальной, однако в структуре психического дефекта определяющим симптомокомплексом является эмоционально-волевая незрелость.

Мать Алеши (7 лет 8 месяцев) обратилась к психологу с просьбой оценить готовность сына к обучению в школе. Ребенок от первой желанной беременности молодых здоровых родителей, наследственность не отягощена. Беременность у матери протекала нормально, роды в срок, вес при рождении 2500 г, рост 48 см, крик сразу, к груди приложили в срок, сосал вяло, выписан на



8-е сутки. Осмотрен невропатологом, неврологических нарушений не выявлено. Психомоторное развитие протекало с задержкой. Голову держит в 2 мес., сидит в 8 мес., ходит самостоятельно с 1 года 2 мес. Со слов матери, предметы в руках удерживал, но долго не смотрел на них, при звуке их падения улыбался. Нарушений ритма сна и бодрствования не наблюдалось, был активен, «энергично ползал», проявлял интерес к предметам. Окружающим улыбался, страхов нового лица не наблюдалось. На втором году жизни ходил быстро, но нагружал стопы. Проявлял живой интерес к предметам, но долго их не рассматривал. Речевое развитие в срок, первые слова в 1 год 8 мес. Выраженных истерических реакций не наблюдалось. Родственники и знакомые обращали внимание на то, что мальчик по своему физическому развитию выглядит значительно младше своих сверстников. Детский сад посещает с пяти лет, педагоги жалуются на неусидчивость на занятиях: «постоянно отвлекается».

Психолог обратила внимание на несоответствие физического облика ребенка его возрасту. Алеша выглядел как пятилетний мальчик по всем антропометрическим данным (рост, вес, объем черепа, длина конечностей). Слова матери: «Я всегда выглядела моложе своего возраста, мой муж моложе меня на два года». Родственники матери со стороны отца тоже, по ее словам, выглядели значительно моложе. По заключению врача-психиатра, у мальчика «гармоничный психофизический инфантлизм».

В контакт вступает легко, охотно отвечает на вопросы, уровень осведомленности об окружающем довлетворительный. При выполнении заданий по методике Равена правильно отбирает фигуры, но допускает ошибки, связанные с невнимательностью. Грубых нарушений зрительно-пространственных функций не выявлено. По методике Вексслера общий интеллектуальный показатель — 83 балла, расхождений в эффективности выполнения вербальных и невербальных проб не выявлено. Обобщает предметы по существенным признакам, но без четкой мотивировки ответов. Осмыслияет сюжет в рассказе. Объем механической памяти выше в зрительной, чем в слуховой модальности. Обращали на себя внимание недостаточная мотивация при выполнении тестовых заданий, однако при дополнительных инструкциях («Постарайся не делать ошибок, внимательно посмотри») и при предъявлении заданий в игровой и соревновательной формах эффективность выполнения заданий достоверно повышается. Выявлено преобладание игровых интересов, уровень игровой деятельности соответствует возрасту. Любит сюжетно-ролевые игры, придумывает сюжеты, может играть длительное время. Аффективная неустойчивость, высокая тревожность не прослеживаются. Коммуникативный потенциал высокий, любит читать стихи, танцевать. Графические навыки и умения ниже возрастной нормы, не соблюдает пропорциональные взаимоотношения в рисунке («Дом – дерево – человек»). В рисунке («Моя семья») преобладают спокойная цветовая гамма, дистанция между ребенком и родителями не прослеживается, за исключением младшей сестры (2 года), которую мальчик изобразил вдали от себя, но ближе к родителям. В заключение МПК было рекомендовано обучение по массовой программе, но в классах с ограниченным количеством учащихся. Родители устроили ребенка в частную школу.

Динамическое наблюдение показало, что мальчик успешно окончил начальные классы частной школы и перешел в обычную общеобразовательную школу. Успеваемость довлетворительная, наблюдаются трудности в усвоении математики, предметы гуманитарного цикла усваивал хорошо. Дополнительно занимался

в драматической студии. Общение со сверстниками хорошее, жалоб со стороны учителей не наблюдалось. Когда мальчику было 15 лет, родители обратились к психологу с жалобами на демонстративное поведение в классе с целью обратить на себя внимание («смешит класс»), ухудшилась успеваемость. В процессе обследования четко прослеживается акцентуация характера по истериоидному типу. Подросток был включен в коррекционную группу с целью коррекции особенностей эмоционального реагирования и поведенческих нарушений. В настоящее время Алеше 17 лет, учится в культпросветучилище, мечтает поступить в театральный институт. Имеет реальные цели на будущее. Поведенческих и эмоциональных девиаций не наблюдается.

Представленный пример отражает специфику эмоционально-волевой сферы и поведения детей с гармоничным психофизическим инфантилизмом. Следует подчеркнуть, что интеллектуальная недостаточность у таких детей имеет вторичный характер, связанный с замедленным темпом развития психических функций. Это проявляется в преобладании конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим. При решении интеллектуальных задач у школьников отмечаются недостаточная целенаправленность, склонность к подражательной деятельности (Калмыкова З. И., 1971; Егорова Т. В., 1971; Бооркес де Бустаманте Анхела Т., 1978; Лебединский В. В., 1985; Сафади Хасан, 1997). Особые трудности испытывают дети с инфантилизмом в начале обучения в школе. Им трудно длительно сосредоточиваться на задании, усидеть на уроке, подчиняться правилам дисциплины (Певзнер М. С., 1966). Выраженное недоразвитие мотивационной основы деятельности отражается на эффективности их работоспособности и интеллектуальной продуктивности.

В международной классификации болезней гармонический инфантилизм как самостоятельная нозологическая группа не представлен, однако его специфику отражают отдельные рубрики. Например, F81 — специфические нарушения развития учебных навыков, F91 — нарушение активности внимания и F-90.0 — недостаточность сформированности эмоционально-волевой сферы. Все эти признаки отражают несоответствие психологического возраста ребенка его истинному возрасту. Гармонический (простой) психофизический инфантилизм можно отнести к временной задержке психического развития, то есть к возрасту 9–11 лет, когда психическое развитие достигает уровня развития условно-нормативных сверстников.



*Дисгармонический инфантилизм* отличается сочетанием признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму, с отдельными патологическими чертами характера, такими как аффективная возбудимость, конфликтность, лживость и хвастовство, эгоизм, капризность, повышенный интерес к социальным экспессам. Как правило, причиной его является негрубое повреждение мозга на ранних стадиях развития. С. Г. Шевченко выделяет следующие признаки дисгармоничного инфантилизма: неустойчивость, эмоциональная возбудимость, склонность к демонстративному поведению, лживость, отсутствие ответственности и стойких привязанностей, пониженная самокритичность и повышенная требовательность к другим (Шевченко С. Г., 1999). Ю. Г. Демьянов подчеркивает такие особенности, как конфликтность, драчливость, жадность, эгоистичность (Демьянов Ю. Г., 1999). Все эти черты весьма негативно сказываются на межличностных отношениях и адаптации детей в социуме.

Возрастная динамика таких детей на ранних этапах развития существенно не отличается от детей с гармоничным инфантилизмом. Отдельные эмоциональные и поведенческие нарушения обнаруживаются у них уже на втором году жизни в виде упрямства, реакций протesta, стремления настоять на своем, обидеть близких, сделать им больно. Родители отмечают наличие проблем со здоровьем, простудные заболевания, аллергии, проблемы с желудочно-кишечным трактом. В связи с этим дети не посещают детский сад. Поведение детей нередко зависит от их самочувствия, работоспособность в значительной степени — от эмоционального состояния ребенка. Психический инфантилизм у детей в дошкольном и младшем школьном возрасте сочетается с повышенной аффективной возбудимостью, конфликтностью, лживостью, эгоцентризмом и др., а в подростковом возрасте может наблюдаться повышение сексуальных влечений с тенденциями к извращениям (Сухарева Г. Е., 1959). Уровень развития познавательных процессов в диапазоне возрастной нормы у некоторых детей даже выше, чем у сверстников, особенно в сформированности зрительно-пространственных функций.

Ряд авторов, анализируя возрастную динамику детей с дисгармоничным инфантилизмом, оценивают ее как этап формирующейся психопатии (Ковалев В. В., 1985; Ушаков Г. К., 1974 и др.). У таких детей нередко наблюдаются признаки расстройств сферы влечений: ранняя сексуальность, жестокость

по отношению к слабым и беззащитным, повышенный аппетит и другие поведенческие нарушения. С наступлением подросткового возраста описанные выше черты характера и связанные с ними нарушения социального поведения усиливаются, тогда как черты детскости, напротив, отступают на задний план. Начинают проявляться особенности характера, свойственные неустойчивому типу личности: беспечность, поверхностность в общении, непостоянство интересов и привязанностей, стремление к частой смене впечатлений, бесцельное блуждание по городу, подражание асоциальному поведению, прогулы и отказы учиться, употребление алкоголя и психоактивных средств, сексуальная распущенность, страсть к азартным играм, воровству, иногда участие в грабежах. Несмотря на частые предупреждения о возможных наказаниях и бесконечные обещания ребенка исправиться, описанные явления, как правило, повторяются. Структура и возрастная динамика этого варианта психического инфантилизма позволяет в ряде случаев отнести его к препсихопатическим состояниям неустойчивого, истероидного либо возбудимого типа. В исследованиях отдельных авторов подчеркивается более высокий уровень сформированности когнитивных компонентов психической деятельности в сравнении с уровнем развития аффективно-мотивационной сферы, произвольной регуляции поведения.

Итак, структура и возрастная динамика дисгармоничного инфантилизма отражают психопатическое развитие у детей и подростков преимущественно истероидного, неустойчивого и реже возбудимого типа.

*Органический инфантилизм* развивается вследствие органического поражения мозга во внутриутробном периоде. Поскольку нередко речь идет о внутриутробном повреждении плода, то при этом типе инфантилизма часто встречаются множественные стигмы дизморфогенеза: низкорослость, высокое небо, неправильный рост волос, зубов и т. п. Клиническая картина этой формы инфантилизма чрезвычайно полиморфна. У этих детей, так же как у детей с простым инфантилизмом, наблюдается эмоционально-волевая незрелость, что проявляется в инфантильном поведении, в преобладании игровых интересов над учебными, в повышенной внушаемости, в трудностях выполнения заданий, требующих волевого контроля. Однако на фоне этих особенностей у них наблюдаются специфические особенности интеллектуальной деятельности, что проявляется в трудностях переключения внимания,



в инертности мыслительных процессов, в недоразвитии зрительно-пространственных функций. В отличие от детей с простым инфантилизмом у них наблюдается бедность воображения, что наглядно проявляется в игровой деятельности, которая характеризуется однообразием, стереотипностью игровых сюжетов. В процессе обучения в школе игровая деятельность у таких детей доминирует над учебной, к которой они проявляют меньшую заинтересованность, а также они безразличны к оценкам. В межличностном общении у детей с органическим инфантилизмом отсутствуют глубокие привязанности, они предпочитают общение с детьми более младшего возраста.

При психологическом исследовании младших школьников с органическим инфантилизмом были выявлены сниженный объем памяти как в зрительной, так и в слуховой модальности, тугоподвижность мыслительных операций, недоразвитие зрительно-пространственных функций (Юркова И. А., 1971; Ковалев В. В., 1973; Лебединский В. В., 1985; Мамайчук И. И., Трошихина Е. Г., 1997; Сафади Хасан, 1997 и др.). Уровень интеллектуального развития находится в диапазоне пограничной умственной отсталости, однако наблюдается обобщение предметов по существенным признакам с трудностями мотивировки ответов. Объем зрительной памяти выше, чем слуховой, наблюдается неустойчивость внимания с трудностями переключения и распределения (Сафади Хасан, 1997). При выполнении конструктивных проб четко прослеживается нарушение ориентировочной основы деятельности, наблюдаются трудности пространственного анализа и синтеза. Обучение в массовой школе у таких детей вызывает значительные сложности, и, как правило, они обучаются в классах для детей с ЗПР или во вспомогательных школах.

В структуре личности отмечаются некритичность, неустойчивая самооценка, повышенная внушаемость. Недоразвитие психической регуляции и функции самоконтроля четко прослеживается в особенностях их поведения, а именно в повышенной тормозимости или возбудимости, аффективной ригидности (склонности к застреванию на источнике конфликта). Исходя из особенностей эмоционально-волевой незрелости, К. С. Лебединская выделяет неустойчивый и тормозимый варианты органического инфантилизма.

Исследования личностных особенностей детей с инфантилизмом выявили их дисгармоничную структуру, неадекватную само-

оценку, неадекватные способы эмоционального реагирования на конфликтную ситуацию. Причем наиболее стойкие личностные нарушения наблюдались у детей с органическим психическим инфантилизмом. В отличие от младших школьников с простым инфантилизмом у детей с органическим инфантилизмом наблюдались достоверное снижение показателя адаптации, склонность к повышенной фиксации на источнике конфликта, неадекватные способы разрешения конфликтной ситуации, а также примитивные способы психологической защиты (ретрессия, вытеснение) (Мамайчук И. И., Трошихина Е. Г., 1997).

Андрей, ученик коррекционной школы (класс для детей с ЗПР), наблюдался психологом с дошкольного возраста. Из анамнеза: от второй беременности, которая протекала с токсикозом в первую половину, роды в срок, тяжелые (ягодичное предлежание), крик не сразу. Вес — 2900 г. Психомоторное развитие на первом году жизни с выраженной задержкой, самостоятельно пошел в 1 год 3 мес. После неудачного падения отказывался ходить в течение месяца. Наблюдается невропатологом с рождения с диагнозом «энцефалопатия», задержка психического и речевого развития. По заключению логопедов, ОНР 2-й степени.

Первое посещение психолога в 3 года 4 мес. Жалобы родителей: отказходить в детский сад, истерики, в детском саду плохо ест, не спит.

В контакт с психологом вступает охотно, проявляет интерес к игрушкам на игровом столике. Наблюдаются однообразное манипулирование, катание машинки, перелистывание альбома с картинками, недлительно сосредоточивается на иллюстрациях. В процессе беседы на вопросы отвечает односложно, называет имя, отдельные предметы на картинках. Активный словарь ограничен, пассивный — в пределах возрастной нормы. Адекватно реагирует на похвалу и поощрение. При дифференцировке форм (доска Сегена) начинает работу с метода проб и ошибок, когда психолог показывает фигурки и просит положить их правильно, эффективность выполнения задания повышается. В процессе свободного конструирования воспроизводит простые вертикальные постройки без учета устойчивости. После совместного с психологом конструирования научился строить «воротики». Правильно показывает действие на картинках, но на вопрос «что делает?» не отвечает. Дифференцировка цветов по подобию. Изобразительная деятельность на штриховой стадии. Навыки опрятности и самостоятельности ограничены. Наблюдается заторможенность, склонность к стереотипным реакциям, однако адекватно реагирует на оценку своей деятельности, старается исправить ошибки. В процессе последующих занятий мальчик проявлял более высокую активность, охотно занимался конструированием и рисованием, в процессе игротерапии с персонажами котом Мурзиком (психолог) и мальчиком Петей (помощник психолога) увеличилась речевая активность, адекватно реагировал на игровые ситуации. После 20–25 мин занятий проявлял усталость, ложился на стол, показывал, что болит голова. После короткого отдыха охотно включался в игру.

Посещал детский сад обычного типа, мать работала методистом в этом же саду. Рекомендованы посещение логопедического детского сада и систематические занятия с логопедом.



Перед поступлением в школу мальчик был обследован повторно. Жалобы родителей: отказ заниматься с логопедом, немотивированные истерики, неустойчивый сон. В контакт с психологом вступил охотно, во время беседы с матерью играл, делал постройки, занимался мозаикой, прислушивался к разговору взрослых. На вопрос психолога к матери «В какой он группе детского сада?» ответил сам: «Я — в подготовительной». Психометрическое обследование: по методике Вексслера низкие показатели по шкалам «понятливость», «словарный», «сходство». Общий показатель — 87 баллов, вербальный — 94, невербальный — 82. Обобщение методом исключения по существенным признакам. Внимание неустойчивое с плохим переключением, объем памяти снижен, выше в зрительной модальности, чем в слуховой, недоразвитие зрительно-пространственных функций. При выполнении тестовых заданий выявлены трудности регуляции и самоконтроля. Наблюдалась слабая мотивация к заданиям и преобладание игровых интересов над учебными. Со слов матери, мальчик категорически отказывается выполнять задания для подготовки к школе, но охотно играет в детские компьютерные игры, обожает мультики, любит общаться только с детьми младшего возраста (не старше шести лет). МПК рекомендовала обучение в школе VII вида.

В настоящее время мальчику 16 лет, окончил 9 классов и поступил в ПТУ по специальности «столяр». Учится успешно, наблюдаются трудности общения в группе. Однако в целом уровень психической и социальной адаптации у подростка удовлетворительный. Родители постоянно обращались к психологу, посещали коррекционные группы. Подросток имеет планы на будущее: закончить училище, самостоятельно зарабатывать. Интеллектуальные интересы ограничены, не любит читать, по-прежнему любит мультфильмы, играет в компьютерные игры, но с удовольствием занимается столярным делом, помогает отцу на даче.

В. В. Ковалев выделяет следующие варианты органического инфантилизма: церебрастенический, невропатический и диспропорциональный, а также инфантилизм при эндокринопатиях (Ковалев В. В., 1979). При церебрастеническом варианте эмоционально-волевая незрелость сочетается с симптомами раздражительной слабости и мягкой интеллектуальной недостаточности. Невропатический вариант осложненного инфантилизма характеризуется превалированием астеноневротических проявлений в виде повышенной тормозимости, пугливости, робости, внушаемости, неуверенности в себе, наблюдаются трудности адаптации в детских коллективах с симптомами выраженных соматовегетативных нарушений. При эндокринных вариантах клиническая картина определяется сочетанием признаков инфантилизма с особенностями психики, типичными для того или иного типа гормональной дисфункции. Например, у детей с гипогенитализмом наблюдается инфантилизм в сочетании с вялостью, медлительностью, несобранностью, рассеянностью, бесплодным мудрствованием. При гипофизарном субназиме

признаки незрелости сосуществуют с чертами старообразности в физическом и психическом облике, склонностью к педантизму, рассуждениям со слабостью волевого усилия, расстройствами внимания и логической памяти (Ковалев В. В., 1985).

Недостаточно изученным остается особый вариант инфанилизма — *психогенный инфанилизм* (Кириченко Е. И., 1979; Лебединская К. С., 1982). Этот вариант рассматривается как выражение аномального формирования личности в условиях неправильного воспитания. Психогенный инфанилизм нередко наблюдается у детей с ранней психической депривацией. Психологических исследований особенностей психического развития детей, подвергшихся тотальной семейной депривации с рождения, далеко не достаточно. Ряд авторов обращают внимание на наличие аффективной незрелости, недоразвитие эмоциональной регуляции поведения, сниженную познавательную активность. Длительная эмоциональная и социальная фрустрация способствует формированию незрелой личности (Лебединский В. В., 1985; Прихожан А. М., Мамайчук И. И., Тысячи-нюк С. В., Фурманов И. А. и др.).

Нередко психогенный инфанилизм возникает в семьях, в которых воспитание ребенка осуществляется по типу доминирующей гиперпротекции, когда ребенок является кумиром семьи, удовлетворяются все его потребности, отсутствуют запреты и санкции. С возрастом формируется эмоционально-незрелая личность, у которой наряду с инфантильностью ярко выступает эгоцентризм, неумение считаться с окружающими, крайняя несамостоятельность, пассивность, психическая невыносливость, неспособность к напряжению (Личко А. Е., 1984; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Захаров А. И. и др.). Деспотичное воспитание детей с физическими наказаниями и постоянными запретами также способствует формированию эмоционально-волевой незрелости в виде сниженной инициативной активности, недостаточной самостоятельности, нерешительности. Но всем разновидностям психогенного инфанилизма свойственны социальная незрелость личности в виде недостаточности или отсутствия высших этических установок и системы идеалов. У таких детей недостаточно сформированы позитивно направленные социальные и интеллектуальные интересы, потребность в труде, чувство долга, отмечается искаженное понимание своих социальных обязанностей, своего будущего.



Для детей с психогенным инфантилизмом характерна социальная незрелость личности, что может проявляться в недоразвитии нравственных установок, ценностных ориентаций, в снижении самоконтроля поведения. Все это может способствовать формированию девиантного поведения в подростковом возрасте (Мамайчук И. И., 2002; Мамайчук И. И., Тысячинюк С. В., 2011).

В процессе дифференциальной диагностики конституциональной формы ЗПР и других нарушений психического развития необходимо использовать комплексный клинико-психолого-педагогический подход.

Прежде всего необходимо отделить органический инфантилизм от умственной отсталости. В отличие от умственно отсталых у детей с инфантилизмом отмечается более высокий уровень абстрактно-логического мышления, что проявляется в возможности обобщений предметов по существенным признакам, в полноте сравнений предметов. Дети с инфантилизмом способны использовать помочь при выполнении мыслительных операций (сравнения, обобщения, абстрагирования), переносить усвоенные понятия на новые конкретные задачи и объекты, у них наблюдается более высокая продуктивность в самостоятельных видах деятельности. Кроме того, у детей с инфантилизмом, особенно при органическом инфантилизме, четко прослеживается недоразвитие предпосылок интеллекта (внимание, память, пространственный гноэзис, воображение). В связи с этим при органическом инфантилизме главным критерием следует считать преобладание нарушений предпосылок интеллектуальной деятельности при первичной сохранности самой интеллектуальной деятельности. При соответствующем обучении дети с инфантилизмом способны получить среднее или неполное среднее образование, им доступно профессиональное образование, среднее специальное и даже высшее. Однако при наличии неблагоприятных средовых факторов возможна отрицательная динамика, особенно при осложненном инфантилизме, что может проявляться в психической и социальной дезадаптации детей и подростков. В отличие от простого (гармонического) инфантилизма дисгармонический инфантилизм при неблагоприятном социальном окружении (семья, школа и др.) может в дальнейшем проявляться в психопатическом развитии личности, могут нарастать аффективная возбудимость, эксплозивность, нарушения влечений, расстройства социального поведения. В этом случае психологическая помощь

должна быть направлена на профилактику формирования психопатических расстройств у ребенка.

Итак, если оценивать динамику психического развития детей с инфантилизмом в целом, то она преимущественно благоприятна. Проявления выраженной личностной эмоционально-волевой незрелости с возрастом имеют тенденцию к редуцированию.

## **2.4. Клинико-психологические особенности детей с соматогенной формой задержки психического развития**

Соматогенная форма задержки психического развития была выделена еще в работах Г. Е. Сухаревой. Причинами данного типа ЗПР являются различные хронические заболевания, инфекции, врожденные и приобретенные пороки развития соматической системы. При ряде хронических соматических заболеваний могут наблюдаться массивные интоксикации (например, при заболевании почек, печени, онкологических заболеваниях) и явления гипоксии (легочные и сердечно-сосудистые заболевания). Это приводит к нарушению деятельности развивающегося мозга ребенка. При этой форме ЗПР у детей могут присутствовать стойкие астенические проявления, которые снижают не только физический статус, но и психологическое равновесие ребенка. *Астения* (от греч. *Asthenela*) означает физическую и психологическую слабость, бессилие. Астения — это одна из распространенных (хотя и не единственная) форм реагирования ЦНС на самые разнообразные внешние и внутренние вредности: психогенные, травматические, соматогенные и др. Астения является одной из наиболее распространенных форм реагирования центральной нервной системы ребенка на интоксикацию или гипоксию (Сухарева Г. Е., 1959). Следует подчеркнуть, что наблюдаемые у детей обменно-трофические расстройства из-за выраженной соматической патологии приводят к нарушению питания клеток мозга. Как отмечает А. О. Дробинская, соматическая патология «не приводит к грубым морфологическим нарушениям мозга, а вызывает, скорее, задержку формирования сложных специфических мозговых систем, отвечающих за когнитивные процессы и личностное формирование ребенка» (Дробинская А. О., 1997).

В зависимости от причин выделяют три вида астении: церебральную, соматогенную и психогенную. Церебральная астения

наблюдается у детей с поражением ЦНС во внутриутробном или натальном периоде. Соматогенная астения — состояние, вызванное инфекцией, слабостью, соматическими болезнями. У детей наблюдаются такие же симптомы, как и при церебральной астении, однако у детей с церебральной астенией отмечаются и выраженные нарушения когнитивных процессов. Психогенная астения возникает у детей, перенесших психические травмы (острые или пролонгированные), что может проявляться в физической слабости, снижении умственной работоспособности.

Традиционно выделяют четыре наиболее типичных компонента астении: 1) раздражительность; 2) слабость; 3) расстройства сна; 4) вегетативные нарушения (цит. по: Николаева В. В., 1987). Каждый из этих компонентов входит в три основные формы астенических состояний: гиперстензия, синдром раздражительной слабости, гипостенический синдром (синдром истощения).

У детей с хроническими соматическими заболеваниями гиперстензия проявляется в повышенной утомляемости, что в значительной степени снижает уровень поисковой активности ребенка, особенно в преддошкольном возрасте. Синдром раздражительной слабости выражается в капризности, немотивированных криках, неустойчивом сне. Уже в первые недели жизни у такого ребенка может наблюдаться повышение чувствительности к внешним раздражителям (звук, свет, тактильное прикосновение), что также резко снижает поисковую активность и негативно отражается на формировании его сенсорных функций. Синдром истощения наглядно проявляется в процессе деятельности ребенка, например в предметно-практической деятельности. Наблюдение за детьми раннего возраста с хронической почечной недостаточностью и врожденными пороками сердца показало значительное снижение у них количества предметно-практических манипуляций в сравнении со здоровыми детьми (Р. Я. Абрамович-Лехтман). Главным показателем астенического синдрома является нарушение работоспособности. Общее нарастающее утомление негативно отражается на мотивационно-потребностной сфере, что значительно снижает познавательную активность ребенка. Результаты ряда исследований отечественных психологов показывают, что у детей с хроническими соматическими заболеваниями отмечаются нарушения работоспособности, что проявляется в слабой кон-

центрации внимания, снижении объема памяти, неспособности выдерживать длительные психические нагрузки, инертности мыслительных процессов (Лебединский В. В., 1985; Николаева В. В., 1987; Исаев Д. Н., 1990; Мамайчук И. И., 1990; Руслякова Е. Н., 2004; Вахрушева И. И., 2004; Галицына Е. Ю., 2014 и др.). Наряду с изменением динамики психических процессов у некоторых детей с выраженным соматическим неблагополучием наблюдаются затруднения при выполнении сложных обобщений, склонность к детализации, то есть недоразвитие операциональных компонентов мышления. У соматически ослабленных детей в связи с астеническим синдромом позднее, чем у здоровых детей, формируются система произвольных регуляций и эмоционально-волевая сфера (Н. Я. Семаго, М. М. Семаго и др.).

Все это является важной предпосылкой формирования ЗПР у детей с хроническими соматическими заболеваниями. Итак, стойкие астенические проявления у детей с тяжелыми соматическими заболеваниями не только снижают физический статус ребенка, но и отражаются на особенностях их психического развития.

Кроме астенических состояний патогенное влияние на развитие гностических процессов и личности у детей с хроническими соматическими заболеваниями оказывают такие факторы, как госпитализм, ранняя социальная депривация в связи с болезнью, неадекватные стили семейного воспитания. Больной ребенок, особенно с тяжелым хроническим заболеванием, является «эпицентром» семьи. Его воспитание осуществляется в условиях гиперопеки, что формирует у ребенка несамостоятельность, неадекватную самооценку. Родители, занижая уровень требований к больному ребенку, поощряя его капризы и эгоцентризм, фиксируя внимание ребенка на болезни, могут приводить к формированию ипохондрических, эгоцентрических, апатических установок личности (Захаров А. И., Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., Галицына Е. Ю., 2014 и др.).

Сочетание стойкой соматической астении с неблагоприятными микросоциальными факторами способствует формированию дисгармоничной структуры личности, что проявляется в таких особенностях, как неуверенность, боязливость, капризность, ощущение физической и психической неполноты. Усугубляют психическое состояние ребенка систематические ограничения со стороны родителей и медперсонала: в еде, ре-



жиме дня, контактах со сверстниками (Руслякова Е. Е., Галицина Е. Ю., 2014 и др.).

При ЗПР соматогенного происхождения в качестве первичного дефекта, как и при конституциональных формах, выступает эмоционально-волевая незрелость, связанная с вынужденным пребыванием ребенка в стационаре, семейным воспитанием. Это проявляется в пониженном фоне настроения, плаксивости, тревожности, аффективной ригидности. Вторичные нарушения при ЗПР соматогенного происхождения выражаются в снижении способности к концентрации внимания, объема памяти, особенно слухоречевой модальности, инертности мыслительных процессов. Возможно недоразвитие операциональных компонентов мышления. В отношении произвольной регуляции у этих детей прежде всего страдают функции самоконтроля и внимания (И. Ф. Марковская). Отказы от выполнения заданий чаще всего связаны с утомлением. Наблюдаются трудности программирования: правильно поняв инструкцию, дети через некоторое время отвлекаются или искают ее, однако они способны замечать и контролировать свои ошибки и самостоятельно их исправлять.

Недоразвитие произвольной регуляции интеллектуальной деятельности у детей с ЗПР отмечается в многочисленных работах, но специальных исследований этой стороны психики детей с соматогенной формой ЗПР далеко не достаточно. Е. А. Порошина изучала особенности произвольной регуляции сенсомоторной деятельности у детей с ЗПР соматогенного происхождения в возрасте от 7 до 9 лет. Использовались нейропсихологические пробы, оценивающие двигательную сферу, разработанные в Луриевской нейропсихологической школе и адаптированные применительно к детям дошкольного и младшего школьного возраста Л. С. Цветковой. Для исследования скорости сенсомоторных реакций и внимания использовались таблицы Шульте. Оценивались следующие параметры: особенности избирательной регуляции произвольных действий; возможность переключения с одного элемента двигательной программы на другой; устойчивость следования усвоенной серийной программе; возможность усвоения и следования заданной или выработанной программе; возможность контроля за протеканием собственной деятельности. Анализ показал недостаточное развитие динамической, кинестетической и пространственной организаций движений у школьников с ЗПР соматогенного генеза в отли-

чие от здоровых сверстников. При выполнении двигательных проб у них наблюдались импульсивность, сопровождающаяся трудностями избирательного реагирования на необходимые стимулы, невозможностью плавного переключения с одной двигательной программы на другую, хаотичность, сложности в удержании серийной организации двигательной программы. Данные симптомы указывают на несформированность функций программирования, регуляции и контроля над деятельностью на двигательном уровне. При выполнении нейропсихологических проб наблюдались общая раздражительная слабость и утомляемость. Отмечались низкая концентрация внимания, хаотичная стратегия отыскивания чисел, застреваемость и пропуск отдельных элементов, что значительно увеличивает время выполнения задания по таблицам Шульте. Выявленные автором трудности в реализации регуляции и контроля как на когнитивном, так и на двигательном уровне позволили выделить основные направления психологической коррекции (Порошина Е. А., 2010).

Стойкая астения, снижающая общий психический тонус у детей с соматогенной формой ЗПР, приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы (Лебединская К. С., 1982; Лебединский В. В., 1985; Николаева В. В., 1987 и др.). В. В. Николаева подчеркивает, что ситуацию хронического соматического заболевания можно рассматривать как кризис психического развития в целом и развития личности в частности. Как правило, хронические заболевания в детском возрасте сопровождаются патологическим формированием личности и нередко становятся источником задержки общего и психического развития, особенно у детей и подростков с врожденными пороками сердца, ревматизмом, хронической дизентерией и т. п. (Николаева В. В., 1987). При оценке степени тяжести задержки психического развития у детей с соматическими расстройствами необходимо учитывать длительность заболевания, госпитализации и социальную ситуацию развития ребенка (семья, социум).

Как отмечает Д. Н. Исаев, состояние психического здоровья соматически больного ребенка варьирует от абсолютно благополучия до выраженного отклонения в психическом развитии. Автор выделяет четыре группы соматически больных детей в зависимости от состояния психического здоровья. *Первая группа* — это совершенно здоровые дети с опти-

мальной адаптированностью. *Вторая группа* — дети с легкими функциональными нарушениями (утомляемостью, нарушениями сна, неустойчивостью настроения). *Третья группа* — дети с «доклиническими состояниями или с астеноневротическим синдромом, с тревожностью, мнительностью, неуверенностью, нарушением биоритмов, вегетативными пароксизмами (головными болями, головокружениями, тошнотой), периодическими аллергическими проявлениями, снижением работоспособности». *Четвертая группа* — дети с клиническими формами (патохарактерологическими, психоорганическими синдромами) в стадии субкомпенсации (Исаев Д. Н., 1996). У детей второй группы психическое состояние в значительной степени зависит от психологических факторов, а у детей третьей и четвертой групп — от биологических факторов.

В многочисленных исследованиях особенностей психического развития детей с соматическими расстройствами подчеркивается негативная роль тревожности как преморбидного радикала личности ребенка (Ефимов Ю. А., 1986; Вахрушева И. А., 2004; Руслякова Е. Е., 2004; Милейко М. В., 2008 и др.). Высокий уровень личностной тревожности у детей с соматогенной формой ЗПР приводит к нарушению психической адаптации и адаптивного поведения, а высокий уровень аффективной неустойчивости и напряженности проявляется в особенностях межличностного общения со сверстниками (Вахрушева И. А., 2004; Милейко М. В., 2008). Близким к состоянию тревожности является состояние страха (страх предстоящей операции, перепуги, боли, удущья и др.). У детей и подростков с тяжелыми соматическими заболеваниями психолог встречается с двумя типами страхов: нормальным, понимаемым как естественная реакция (например, страх перед предстоящей операцией), и патологическим, обычно называемым фобией. Сущность механизма формирования фобий заключается в смешении тревожности от первичной ситуации или объекта, вызвавшего беспокойство, на другую ситуацию или объект. Например, ребенок с бронхиальной астмой начинает бояться тех предметов, которые никогда не вызывали и не могут вызвать у него аллергической реакции. Или ребенок с желудочно-кишечным заболеванием, у которого болезнь и боль вызывает страх за свою жизнь, отказывается от приема пищи. Как показывают наши исследования, такое смешение происходит как следствие неразрешенных внутренних конфликтов и может проявляться в агрессивном, без-

защитном или нейтральном поведении (Вахрушева И. А., 2004; Руслякова Е. Е., 2004 и др.).

Анализируя эмоциональные особенности ребенка с соматогенной формой ЗПР, необходимо учитывать стрессовые ситуации, предрасполагающие к дисгармоничному развитию их личности. Роль стресса опосредуется сложной многоуровневой структурно-функциональной системой развивающегося организма и личности ребенка. Традиционно выделяются следующие уровни реагирования на стрессовые ситуации: социально-психологический, который непосредственно связан с изменением жизненного стереотипа, системой отношений; психологический, включающий особенности личности ребенка и актуального психического состояния; психофизиологический, включающий в себя интегративные церебральные системы, периферические вегетативно-гуморальные уровни реагирования (Березин Б. Ф., 1983). Степень воздействия стрессовой ситуации на ребенка с соматогенной формой ЗПР определяется не только тяжестью заболевания, но и индивидуально-личностными особенностями и спецификой защитных механизмов. Стressовыми факторами могут быть неадекватные методы воспитания, условия обучения, например неприятие или вынужденное надомное обучение.

Исследования эмоционально-личностного развития детей с ЗПР соматогенного генеза показали важную роль оценки *уровня фruстрационной напряженности*, особенности направленности и типа реагирования ребенка на конфликт. В наших исследованиях выявлено, что дети с импунитивной направленностью реакций (уход от конфликта) склонны к инактивному поведению на этапах лечения и реабилитации, у них наблюдаются постоянный тревожно-депрессивный фон настроения, апатичность, пассивность (Мамайчук И. И., Лапкин Ю. М., Лихачева Е. М., 1986; Мамайчук И. И., 1993 и др.). Исследование защитных механизмов личности детей этой группы выявило склонность к использованию неэффективных защит, направленных на преодоление тревожности и страха в связи с соматическим недугом (Мамайчук И. И., Соловьева Е. Ю., 1999). Анализ соотношения личностных характеристик и защитных механизмов у детей с бронхиальной астмой показал, что такие личностные характеристики, как доминантность, низкий самоконтроль, чувствительность к порицанию, способствуют фиксации приступов удушья по истероидному типу, когда болезнь является средством избегания нежелательных ситуаций

и достижения необходимой цели. Такие личностные качества, как общительность и смелость, способствуют у детей с бронхиальной астмой более рациональному подходу к своему заболеванию, активным поискам решения актуальных проблем. Чем выше уровень интеллектуального развития, тем больше дети с этим заболеванием склонны к реакциям самообвинения и часто проявляют реакции отрицания чьей-либо вины (Мамайчук И. И., Соловьева Е. Ю., 1999).

Личностные особенности детей с соматогенными формами ЗПР существенно влияют на адаптацию к болезни и на процесс лечения. Более успешно адаптация к болезни протекает у детей и подростков, имеющих тесные эмоциональные контакты с родителями (Мамайчук И. И. и др., 1986; Мамайчук И. И., 1993; Исаев Д. Н., 1996).

Подход к анализу особенностей гностических процессов и личности у детей с ЗПР соматогенного генеза должен быть дифференцированным и учитывать не только форму заболевания, а также степень его тяжести и длительность. В исследованиях отечественных и зарубежных клиницистов подчеркивается, что важным признаком астенического состояния является снижение интеллектуальной работоспособности, что обусловлено снижением психического тонуса и лабильностью энергетического потенциала организма (Сухарева Г. Е., 1975; Антропова М. В., 1979; Певзнер М. С., **Растачалова, Лестюкова**, 1982; **Раймон**, 1983; Исаев Д. Н., 1996; Mulcahy C. M. et al., 1988).

Однако в наиболее тяжелых случаях мы сталкиваемся не только с астеническим синдромом, но и с церебрастеническим и церебральным. Выраженная дисфункция вегетососудистой регуляции способствует нарушению интеллектуальной работоспособности и формированию синдрома церебральной астении (церебрастенический синдром). Это проявляется в повышенной утомляемости, нарастании психической медлительности либо импульсивности, ухудшении концентрации внимания, памяти, немотивированных расстройствах настроения, слезливости, капризности, вялости, сонливости либо двигательной расторможенности и болтливости, в ухудшении почерка. Кроме того, у ребенка наблюдаются повышенная чувствительность к шуму, яркому свету, духоте, головные боли. Все это негативно отражается на эффективности обучения. Особенно наглядно это проявляется у детей с тяжелыми хроническими заболеваниями, например ревматоидным артритом. Ревматоидный артрит (РА) – наиболее

распространенное хроническое иммуновоспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся преимущественно симметричной деформацией суставов, приводящей к частичной или полной утрате функциональности.

Нами было обследовано 89 детей с РА разной степени тяжести и длительности заболевания в возрасте от 8 до 14 лет. Из них 44 человека — с легкой степенью двигательного дефекта, 22 — со средней и 23 — с тяжелой степенью. Дети с легкой степенью дефекта были способны к самообслуживанию, давность их заболевания не превышала четырех лет. У детей второй группы (средняя степень) наблюдалась ограниченная способность к самообслуживанию, они передвигались на костылях и имели ограниченный объем движений рук. У детей третьей группы (тяжелая степень дефекта) была утрачена способность к самообслуживанию, самостоятельно они не передвигались из-за тяжелых контрактур нижних конечностей. У детей второй и третьей групп наблюдались множественные поражения суставов с высокой активностью процесса.

Сравнительный анализ умственной работоспособности у детей с РА в сравнении со здоровыми школьниками показал достаточно низкий уровень ее развития. Это проявлялось более низким темпом и низкой продуктивностью работы, ограничением объема, нарушением концентрации и переключения внимания, нарушением динамики мнемической деятельности. У детей с более выраженной тяжестью заболевания и большим сроком его давности (вторая и третья группы) нарушение умственной работоспособности проявляется в низком темпе выполнения заданий, в ограничении объема внимания, трудностях его концентрации и распределения. В исследованиях отечественных клиницистов подчеркивается, что важным признаком астенического состояния является снижение интеллектуальной работоспособности у ребенка, что обусловлено снижением психического тонуса и лабильностью энергетического потенциала организма (Сухарева Г. Е., 1975; Антропова М. В., 1979). Хроническое заболевание, ухудшая функциональное состояние нервной системы ребенка, вызывает снижение работоспособности, способности к умственному напряжению и высокую утомляемость (Мамайчук И. И., 2001).

Кроме нарушений умственной работоспособности у детей с РА наблюдались выраженные особенности эмоционального реагирования на ситуацию конфликта. Обследование по методике Розенцвейга выявило у детей с РА меньшее количество

внешнеобвинительных реакций, что свидетельствует о менее адекватном реагировании на фрустрацию. С увеличением тяжести дефекта растет число импультивных реакций, которые можно рассматривать как своеобразную психологическую защиту, как уход в себя с целью смягчения эмоционального напряжения при таком тяжелом физическом недуге. Повышенная фиксация на препятствии в отличие от здоровых сверстников у детей с РА отражает их аффективную ригидность и неадекватность реагирования на фрустрацию. С увеличением тяжести заболевания у больных с РА отчетливо повышается зависимость от окружающих в разрешении конфликта. Если же ребенок берется разрешать ситуацию сам, то, как правило, это происходит пассивно и неконструктивно, преобладают ответы типа «больше не буду». Динамические наблюдения этих детей в процессе лечебно-восстановительной работы показали, что при выраженной безобвинительной направленности реакций и повышенной зависимости от окружающих дети испытывают существенные трудности на этапе восстановительного лечения и в послеоперационном периоде (Мамайчук И. И., Лапкин Ю. М., Лихачева Е. М., 1986; Мамайчук И. И., 2001).

В качестве примера приводим одно из наших наблюдений.

Больная К. (12 лет) страдает ревматоидным артритом с висцеритами с 6 лет. Неоднократно лечилась в стационаре. Активность процесса постоянно высокая, жалуется на боли и скованность практически во всех суставах. Способность к передвижению и самообслуживанию значительно снижена. Учится в 6 классе по массовой программе на дому на удовлетворительные оценки. Согласно характеристике педагога малообщительна, заторможенна, неинициативна. Уроки выполняет медленно, переживает из-за плохих оценок.

Психологическое обследование: контакт возможен, на вопросы отвечает адекватно, но очень тихим голосом, долго обдумывает ответ. Замедлен темп выполнения невербальных заданий, снижен объем слухоречевой памяти, недостаточно устойчивое внимание с плохим переключением. Выявлены такие устойчивые личностные характеристики, как необщительность, высокая тревожность, фрустрированность, ригидность поведения. Девочка добросовестная, ответственная, самоконтроль высокий. В конфликтных ситуациях реагирует крайне неадекватно — преобладают самообвинительные (43,7 %) и безобвинительные (уход от конфликта) реакции (37,7 %). Высокий показатель препятственно-доминантных реакций подчеркивает высокую фрустрированность. Больная не имеет реальных планов на будущее, не проявляет интереса к лечению.

Анализ личностных особенностей у детей с РА выявил такие стабильные личностные характеристики, как эмоци-

нально-волевая неустойчивость, пассивность, неуверенность в своих силах, зависимость от окружающих, коммуникативные трудности. С увеличением степени тяжести дефекта понижается фрустрационная толерантность и увеличивается уровень психической дезадаптации. Психическая дезадаптация проявляется и в нарушении умственной работоспособности, которая резко снижается при средней и тяжелой степени РА (Мамайчук И. И., 2001, 2004).

Были выделены три стадии повреждения психики при РА.

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

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

Для третьей стадии — ревматической церебропатии — характерно выраженное нарушение интеллектуальной работоспособности, отражающееся на процессе чтения, письма, счета, на фоне эмоциональных расстройств и нестабильности поведения.

С нарастанием степени тяжести заболевания у детей наблюдались выраженные эмоционально-волевые и личностные особенности: инактивность, неадекватные способы реагирования на конфликтную ситуацию, эгоцентризм, ригидность, а также невротические радикалы — неуверенность в себе, боязливость, робость и др. (Мамайчук И. И., 2001).

Таким образом, психологическое изучение детей с соматогенной формой ЗПР требует тщательного подхода к анализу степени тяжести соматического заболевания, дифференцированного анализа степени тяжести астенизации ребенка и особенностей социальной ситуации развития. ЗПР соматогенного генеза возникает вследствие длительной соматической недостаточности различ-

ного генеза (хронические инфекции, аллергические состояния, врожденные и приобретенные пороки внутренних органов и др.). В возникновении ЗПР у этой группы детей большая роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический тонус. Большое значение имеют социально-психологические факторы, например особенности семейного воспитания. У детей с этой формой ЗПР формируются такие особенности, как неуверенность, боязливость, капризность, ощущение физической и психической неполноценности. Усугубляют состояние ребенка частые госпитализации, а также ограничения и запреты в контактах с другими детьми, в питании, в режиме дня и др. Детям с этой формой ЗПР вместе с психолого-педагогическим воздействием требуется и систематическая медицинская помощь. Подход к анализу особенностей гностических процессов у детей с ЗПР сомотогенного генеза должен быть дифференцированным и учитывать не только форму заболевания, но и степень его тяжести, срок давности.

## **2.5. Клинико-психологические характеристики детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза**

Задержка психического развития церебрально-органического генеза наиболее часто встречается в детском возрасте и отличается большей выраженностью нарушений высших корковых функций в сравнении с другими формами ЗПР. Причиной данной формы ЗПР является органическое поражение ЦНС на ранних этапах онтогенеза вследствие патологии беременности и родов, натальных черепно-мозговых травм, инфекций, интоксикаций на первом году жизни, травм нервной системы в первые годы жизни. В отличие от умственной отсталости у детей с ЗПР церебрально-органического генеза экзогенные повреждения мозга действуют в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже имеет место и нет опасности их грубого недоразвития. В западной литературе эта форма ЗПР описывается как «ранний детский органический синдром», «минимальная мозговая дисфункция». В МКБ-10 отсутствует понятие «задержка психического развития». Выделена рубрика «Нарушения психологического развития».

В клинической картине ЗПР церебрально-органического генеза обязательно имеют место энцефалопатические расстройства: церебрастенические, неврозоподобные, психопатоподоб-

ные, эпилептиформные, апатико-адинамические (Ковалев В. В., 1995). Церебрально-органическая недостаточность определяет клинико-психологическую структуру ЗПР, что проявляется в недоразвитии познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы. Эмоционально-волевая незрелость представлена в виде так называемого органического инфантилизма. Интеллектуальная недостаточность в данной группе связана главным образом с нарушениями интеллектуальной деятельности и предпосылок интеллекта, что обусловлено остаточными явлениями органического поражения головного мозга.

К. С. Лебединская выделяет два клинико-психологических варианта ЗПР церебрально-органического генеза. Отличительной особенностью первого варианта является незрелость эмоционально-волевой сферы по типу органического инфантилизма. Высшие корковые функции у детей этой группы характеризуются недостаточной сформированностью и повышенной истощаемостью. Второй вариант характеризуется выраженными органическими расстройствами, нейродинамическими нарушениями, дефицитарностью корковых функций. Регуляторные структуры также отличаются выраженной дисфункцией (Лебединская К. С., 1982).

В структуре дефекта ЗПР церебрально-органического генеза первичными нарушениями являются незрелость эмоционально-волевой сферы по типу органического инфантилизма и нарушения познавательных процессов. Эмоционально-волевая незрелость у них отличается вариативностью нарушений, что может проявляться в повышенной расторможенности, импульсивности или в робости, тревожности, склонности к фобиям. Нарушения познавательной деятельности выражаются в дефицитарности предпосылок интеллекта, а именно: памяти, внимания, пространственного гноэза, праксиса и др. Степень и характер дефицитарности гностических функций напрямую зависят от церебральных нарушений и вовлеченных в патологический процесс тех или иных морффункциональных структур головного мозга (Ковалев В. В., 1985).

*Возрастная динамика* психического развития детей с ЗПР церебрально-органического генеза определяется как тяжестью поражения ЦНС, так и временем возникновения дефекта.

Изучение анамнеза показывает, что в *младенческом возрасте* у многих детей обнаруживается синдром гипервозбудимости: и в первые месяцы жизни, и в более поздние периоды (после

6 месяцев). Дети беспокойны, у них отмечается беспричинный крик, который сопровождается избыточной двигательной активностью, вегетативными реакциями в виде покраснения, усиленной потливости, тахикардии, учащения дыхания. Во время крика можно наблюдать повышение мышечного тонуса, трепет подбородка, рук, клонусы стоп и голеней. Возникают нарушения сна, что проявляется в затрудненном длительном засыпании с частым спонтанным пробуждением, вздрагиванием во сне. У многих детей обнаруживаются проблемы с кормлением: дети плохо берут грудь, беспокойны во время кормления, часто срыгивают (Журба Л. Т. и др., 2001).

В *преддошкольный период* (в возрасте от одного года до трех лет) у детей наблюдаются повышенная возбудимость или тормозимость. Повышенная возбудимость проявляется в двигательном беспокойстве, нарушении сна и аппетита, слабой прибавке в массе тела, отставании в моторном и психоречевом развитии. К трем годам обращают на себя внимание моторная неловкость, повышенная утомляемость, отвлекаемость, двигательная гиперактивность, импульсивность, упрямство и негативизм. Повышенная тормозимость проявляется в инактивности, в задержке психоречевых и двигательных функций. Наблюдается недоразвитие навыков опрятности (энурез, энкопрез).

В дошкольном возрасте характерны задержка речевого развития, неспособность справляться с психическими и физическими нагрузками, что может проявляться в аффективном поведении в виде упрямства, негативизма, непослушания. Отмечается недоразвитие мелкой моторики, что сказывается на недостаточной сформированности графических навыков. Со стороны речи встречаются нарушения артикуляции.

В младшем школьном возрасте на первый план выступают трудности в обучении и нарушения поведения. Это проявляется в эмоциональной неустойчивости при неудачах, неуверенности в себе, заниженной самооценке. Нередки фобии, вспыльчивость, задиристость, оппозиционное и агрессивное поведение. Таким образом, если в дошкольном возрасте среди детей с ЗПР церебрально-органического генеза преобладают гипервозбудимость, двигательная расторможенность, импульсивность или, наоборот, медлительность, а также моторная неловкость, отвлекаемость, непоседливость, повышенная утомляемость, инфантилизм в поведении, то у школьников на первый план выступают трудности в обучении и нарушения поведения.



В подростковом возрасте нередко можно наблюдать нарастание нарушений поведения, что выражается в агрессивности, трудностях во взаимоотношениях в семье и школе, в ухудшении успеваемости. В исследованиях клиницистов и психологов подчеркивается сложная иерархия структуры нарушений познавательной деятельности при ЗПР церебрально-органического генеза. Характерна дефицитарность «предпосылок» интеллекта, а именно памяти, внимания, пространственного гноэза, праксиса и речи. Исследования интеллектуального развития детей с ЗПР церебрально-органического генеза проводятся в трех основных направлениях: психометрическом, функциональном и нейропсихологическом. Каждый из подходов имеет свои достоинства и недостатки.

Исследования с использованием психометрического подхода заслуживают особого внимания и анализа, так как этот подход широко используется в МПК. В сравнительном исследовании уровневых характеристик интеллекта у здоровых младших школьников и у младших школьников с ЗПР церебрально-органического генеза нами были получены данные, представленные на рис. 1.

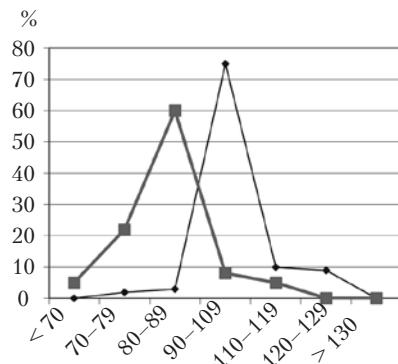


Рис. 1. Уровень интеллекта здоровых младших школьников и младших школьников с задержкой психического развития

Из данных диаграммы видно, что у подавляющего большинства здоровых школьников уровень интеллекта располагается в диапазоне 90–109, а у детей с ЗПР церебрально-органического генеза — 80–89, причем вариабельность расположения показателей у них выше.

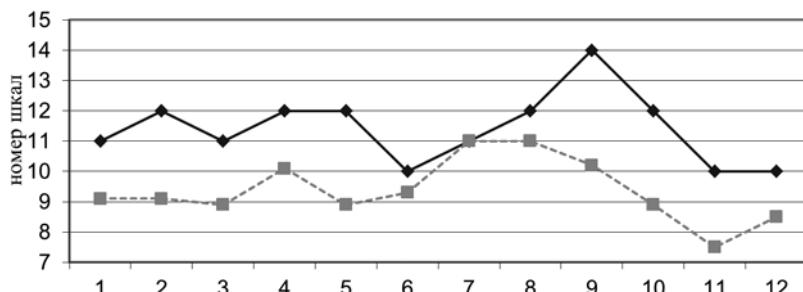


Рис. 2. Профиль структуры интеллекта у здоровых младших школьников и школьников с задержкой психического развития церебрально-органического генеза

У детей с ЗПР церебрально-органического генеза выявлены достоверно низкие показатели по субтестам 9 и 10, отражающим уровень развития зрительно-пространственных функций, и субтесту 11, оценивающему внимание; кроме того, по вербальным субтестам 2 и 5 («Понятливость», «Словарный») и субтесту 3 («Арифметический»). Это указывает на недоразвитие как вербальных, так и невербальных структур интеллекта у них в сравнении со здоровыми сверстниками (рис. 2).

Обнаружены также достоверные различия в уровнях оценках интеллекта по блокам. Существенные трудности наблюдаются у детей с ЗПР при выполнении заданий вербального блока. Качественный анализ показал сниженный уровень осведомленности об окружающем, ограниченный словарный запас, что нередко проявлялось в конкретно-ситуативном определении значений слов, в некоторых трудностях обозначения обобщающих понятий. Однако достоверных различий в оценках по субтесту «Сходство» не выявлено, что указывает на способность детей с ЗПР церебрально-органического генеза к операциям абстрагирования, классификации.

Наиболее низкие оценки получены детьми при выполнении заданий перцептивного блока (субтесты 9 и 10). Этот блок включает в себя два субтеста — «Складывание фигур» и «Кубики Кооса». Задания этих субтестов направлены на выявление особенностей наглядно-образного мышления. В субтесте «Кубики Кооса» ребенок постоянно видит образец-фигуру, которую он должен сложить, а в субтесте «Складывание фигур» он перед собой образца не имеет. Сравнительный анализ выполнения заданий по этим двум субтестам показал более низкие оценки у детей по субтесту «Складывание фигур». Именно такой неалгоритмизи-



рованный конструктивный праксис без опоры на образец требует активной работы пространственного воображения и является наиболее трудным для больных с ЗПР. Получены также достоверно низкие оценки при выполнении заданий по методике Кооса. Сложность решения конструктивных задач по данной методике заключается в том, что элементы, из которых состоит образец-модель, не совпадают непосредственно с воспринимаемыми зрительными структурами (кубики). Для правильного решения такой конструктивной задачи необходимо сначала перешифровать непосредственное впечатление от образца в элементы, из которых эти конструкции воспроизводятся.

Для качественного анализа особенностей выполнения ребенком заданий по субтесту «Кубики Кооса» мы использовали классификацию ошибок, предложенную Г. Б. Абрамовичем (1935).

1. Отрыв от образца-модели.
2. Метод проб и ошибок.
3. Персеверации.
4. Обратное воспроизведение: а) формы; б) цвета.
5. Инерция (субъективный синтез): а) гипертрофированное воспроизведение цвета; б) инерция простая; в) инерция ритма и симметрии.

Качественный анализ ошибок больных с ЗПР церебрально-органического генеза показал, что у подавляющего большинства из них наблюдались ошибки соположения. Это проявлялось в том, что фигуры собирались механически, без учета имеющихся пространственных отношений на образце-рисунке. Например, вместо того, чтобы комбинировать ромб (4-й вариант заданий), большинство детей строили квадрат, а затем переводили фигуру в ромб. Многие не замечали своих ошибок. Выполнение заданий с использованием 9 кубиков практически было недоступно для них. Существенные трудности испытывали дети с пространственным синтезом деталей: они воспроизводили фигуры в перевернутом виде. Большинство затруднялось в предварительной ориентировке в задании, что проявлялось в систематическом отрыве от образца-модели, в хаотичных манипуляциях с кубиками. Выявленные особенности подчеркивают выраженное недоразвитие зрительно-пространственных функций у детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

Получены достоверные статистические различия по показателям памяти и внимания (**блок 3**). Особые трудности вызвали у детей с ЗПР задания по субтесту «Арифметический», что выражалось в замедленном темпе выполнения задания. Детям

сложно было удержать в памяти условие задачи. Выполнение этого теста требует высокой концентрации внимания, что вызывает значительные трудности у детей с ЗПР. Достоверно низкие оценки у таких детей получены по субтесту «Шифровка», успешность выполнения которого зависит не только от свойств внимания (концентрации, распределения, переключения), но и от особенностей зрительно-моторной координации, от скорости формирования двигательных навыков.

В исследовании М. Н. Ильиной проводилось сравнение детей с психогенной формой ЗПР и ЗПР церебрально-органического генеза. Были выявлены достоверные статистические различия по показателям зрительно-пространственных функций: они ниже у детей с ЗПР церебрально-органического происхождения. У них также выявлен достоверно низкий показатель по невербальному интеллекту и по уровню общего интеллекта. По вербальным субтестам профиля интеллекта практически совпадали у детей с психогенной формой и у детей с ЗПР церебрально-огранического генеза (Ильина М. Н., 2006).

Несмотря на высокую валидность, использования психометрической шкалы Векслера далеко не достаточно при исследовании нарушенного развития. С целью более качественного анализа особенностей развития гностических процессов и интеллекта у детей целесообразно применять функциональные и нейропсихологические пробы.

Вторичные нарушения в клинико-психологической структуре дефекта при ЗПР церебрально-органического генеза носят наиболее стойкий и выраженный характер. В исследованиях отечественных психологов и клиницистов показано нарушение интеллектуальной продуктивности, что проявляется в снижении умственной работоспособности, познавательной активности, дефицитарности психических функций.

В многочисленных исследованиях с использованием функциональных проб были выявлены выраженные нарушения темпа восприятия у детей с ЗПР церебрально-органического генеза, а именно замедленность процессов приема и переработки сенсорной информации (Шошин П. Б., Переслени Л. И., 1981 и др.). Кроме того, у подавляющего большинства детей с данной формой задержки наблюдаются трудности синтеза воспринимаемых объектов, что обусловлено нарушениями интерсенсорной и сенсомоторной интеграции и координации (Мамайчук И. И., Мендоса Х., 1989; Sturma, 1982; Campbell,

1977 и др.). Церебральная астения, которая присутствует при этом варианте ЗПР, проявляется в повышенной утомляемости, в недоразвитии свойств внимания и памяти. В сравнении с другими формами ЗПР при ЗПР церебрально-органического происхождения наблюдается выраженное недоразвитие устойчивости, точности и распределения внимания (Сафади Хасан, 1997). Качественный анализ показал разнообразные нарушения памяти детей: повышенную заторможенность следов памяти и внутренней интерференции, уменьшение объема памяти и скорости запоминания (Там же). В исследовании Р. В. Демьянчука было выявлено, что у детей с ЗПР церебрально-органического генеза в структуре кратковременной памяти доминирует зрительный тип памяти; объем как кратковременной, так и долговременной памяти значительно снижен; выявлены низкие показатели образной и ассоциативной памяти; преобладание активной непроизвольной памяти. В исследованиях многих авторов подчеркивается неравномерность развития отдельных сторон познавательной деятельности у детей с ЗПР этой клинической группы (Егоров, Цымбалюк, 1973; Жаренкова Г. И., 1972; Лубовский В. И., 1989; Пускаева Т. Д., Кулагина И. Ю., 1989; Ульянкова У. В., 1980 и др.). Так же как при других формах ЗПР, у детей с ЗПР церебрально-органического генеза слабо выражен ориентировочный этап познавательной деятельности, характерны трудности предварительной ориентировки в задании (Власова Т. А., Певзнер М. С., 1973; Елфимова Н. В., 1978; Королько Н. И., 1988; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004 и др.). Недоразвитие регуляции психической деятельности, наблюдаемое у детей с ЗПР церебрально-органического генеза, негативно отражается на формировании познавательных процессов (Марковская И. Ф., 1983; Кисова В. В., 2000; Ульянкова У. В., 1994; Мамайчук И. И., 2003 и др.).

Изучение многоуровневой иерархической организации психических функций при ЗПР требует не только психометрического, функционального, но и тщательного структурного нейропсихологического анализа. Исследования отечественных детских нейропсихологов проводились в двух направлениях: 1) изучение очаговых поражений мозга у детей на различных этапах онтогенеза (Семерницкая Э. Г., 1985); 2) изучение комплекса нарушений высших психических функций, складывающегося из дизонтогенетических симптомов (Марковская И. Ф., 1977, 1982; Корнев А. Н., 1991; Мамайчук И. И., 1992; Микадзе Ю. В.,

Корсакова Н. К., 1994; Пылаева Н. М., Ахутина Т. В., 1997; Семенович А. В., 1999 и др.).

В нейропсихологии накоплен обширный материал о различиях в проявлениях нарушений психических функций у взрослых и детей при сходных очаговых органических мозговых нарушениях. Это факт согласуется с концепцией Л. С. Выготского об изменении психологической структуры и внутренней природы психологических процессов в онтогенезе (Выготский Л. С., 1956). В работе Э. Г. Семерницкой (1985) на основе обобщения результатов нейропсихологического исследования психических процессов при повреждениях головного мозга в детском возрасте были подтверждены положения Л. С. Выготского о том, что мозговые механизмы, обеспечивающие осуществление психических функций, у детей иные, чем у взрослых, и в процессе онтогенетического развития изменяется не только структура психологической функции, но и ее мозговая организация. Автор убедительно доказала, что функциональная неравнозначность различных отделов головного мозга в детском возрасте отчетливо выступает как на межполушарном, так и на внутриполушарном уровне. Мозговая организация психических процессов не остается неизменной в онтогенезе и претерпевает ряд существенных перестроек. С наибольшей отчетливостью возрастная динамика функциональной организации мозга проявилась при анализе механизмов межполушарного взаимодействия. Автор отмечает, что при поражении левого полушария у детей правое полушарие не испытывает тормозящего влияния со стороны патологического очага, оно имеет у детей больше возможностей для смягчения и компенсации речевых расстройств, чем у взрослых. В процессе онтогенеза изменяются механизмы и внутриполушарного взаимодействия. Проводя нейропсихологический анализ памяти у детей с очаговыми поражениями мозга, Семерницкая выявила высокую корреляцию снижения объема слухоречевой памяти с поражением левой височной доли. В перцептивной сфере были отмечены связи нарушения зрительного восприятия с поражением затылочной доли и нарушения зрительно-конструктивной деятельности с поражением теменной доли.

Нейропсихологический подход при изучении высших психических функций у детей с очаговыми поражениями головного мозга позволил приблизиться к решению важнейших вопросов, связанных как с общими принципами мозговой орга-

низации психических процессов, так и с закономерностями ее формирования в онтогенезе. На основе нейропсихологического анализа автор доказала, что онтогенетическое развитие высших корковых функций предполагает не столько их дифференциацию, сколько интеграцию различных отделов головного мозга, обеспечивающую развитием межполушарных и внутриполушарных связей.

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

И. Ф. Марковская (1982) — одна из первых авторов провела тщательное нейропсихологическое исследование детей с ЗПР церебрально-органического генеза. Были выделены две группы детей: 1) дети с преобладанием незрелости моррофункциональных структур; 2) дети с более выраженной симптоматикой органического повреждения мозговых структур. В первой группе наблюдался синдром психического инфантилизма, а во второй — психоорганический синдром с преобладанием нарушения интеллектуальных предпосылок в виде органической дефицитарности высших корковых функций. Нейродинамические нарушения в первой группе характеризовались истощаемостью и нестойкостью психического тонуса, а во второй — повышенной истощаемостью и инертностью психических процессов.

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



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

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

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

- исследование гностических функций: зрительный, слуховой гнозис;
- исследование праксических функций: конструктивный, кинестетический праксис;
- исследование умственной работоспособности: памяти в слуховой и зрительной модальностях, внимания;
- качественный анализ мыслительных процессов: особенности обобщений, умозаключений;
- исследование графических навыков: рисунки, письмо букв и цифр.

Каждый блок включал несколько методик (табл. 2).

Таблица 2

**Основные составляющие нейропсихологического исследования**

Функциональный блок	Методики	Предмет оценки	Нейропсихологический фактор
<b>ГНОСТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ</b>			
Зрительный гнозис	1. Узнавание реальных объектов. 2. Узнавание реалистических изображений. 3. Узнавание контурных изображений. 4. Узнавание недорисованных контурных изображений. 5. Узнавание фигур Поппельрейтера (буквенный вариант).	Количество (процент) правильно названных объектов по каждому заданию	Перцептивный
Слуховой гнозис	1. Узнавание ритмов. 2. Повторение изолированных фонем		
<b>ПРАКСИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ</b>			
Конструктивный праксис	1. Кубики Кооса (9-й субтест методики Векслера). 2. Методика Гольштейна – Ширера	Время и качество выполнения заданий: правильное воспроизведение размеров, пропорций фигур, наличие или отсутствие пространственных нарушений	Пространственный
Зрительно-пространственный праксис	1. Воспроизведение по образцу положения пальцев. 2. Перебор пальцев. 3. Проба Озерецкого. 4. Проба Хеда		
<b>УМСТВЕННАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ</b>			
Зрительная память	1. Объем кратковременной зрительной памяти (9 геометрических фигур). 2. Объем зрительной памяти при последовательном предъявлении картинок с неопределенными геометрическими фигурами и последующим их узнаванием. 3. Исследование кратковременной зрительной памяти при последовательном предъявлении 25 картинок. 4. Исследование опосредованной памяти	Количество (процент) правильного воспроизведения объектов	Произвольная регуляция деятельности, модально-специфический, нейродинамический

Функциональный блок	Методики	Предмет оценки	Нейропсихологический фактор
Слухоречевая память	1. Запоминание цифр в возрастающем порядке (6-й субтест методики Вексслера). 2. Запоминание 10 слов (четыре предъявления). 3. Повторение коротких фраз. 4. Запоминание 20 слов в парах по смыслу.	Количество (процент) правильно воспроизведенных слов, объем правильно воспринимаемых слов (кривая памяти)	Модально-специфический, нейродинамический
Зрительно-слуховая память	Запоминание слов при одновременном зрительном и слуховом восприятии	Количество правильно воспроизведенных объектов	Модально-специфический, нейродинамический
Внимание	1. Определение объема внимания (количество кругов в каждом секторе круга). 2. Концентрация внимания (корректурная проба: буквенная и цифровая). 3. Переключение внимания (корректурная проба). 4. Распределение внимания (пять таблиц Шульте)	Индекс концентрации внимания и коэффициент успешности выполнения заданий	Произвольная регуляция деятельности, нейродинамический

## МЫШЛЕНИЕ

	1. Исключение лишнего из четырех предметов. 2. Сравнение предметов (4-й субтест методики Вексслера). 3. Составление последовательных умозаключений	Общее количество (процент) правильных ответов, стечевые оценки и коэффициент успешности	Лобный и нейродинамический синдромы
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

## ГРАФИЧЕСКИЕ НАВЫКИ И УМЕНИЯ

	Рисунки: дом – дерево – человек	Оценки по инструкции и коэффициент успешности	Перцептивный, пространственный, произвольная регуляция деятельности
--	---------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

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



Количественная оценка проводилась следующим образом:

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

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

В контрольную группу вошли 60 здоровых успевающих школьников в возрасте от 8 до 14 лет. Были выделены три возрастные группы по 20 человек в каждой: младший школьный возраст (от 8 до 10 лет); средний школьный возраст (от 10 до 12 лет); старший школьный возраст (от 12 до 14 лет).

Анализ всех полученных данных нейропсихологического обследования здоровых школьников показал следующее:

- с возрастом у детей повышается эффективность в развитии гностико-праксических, мнемических, аттенционных и мыслительных функций;
- использование нейропсихологических методик с ориентацией на качественный анализ психических функций позволяет выявить определенную гетерохронию в их развитии. Это проявляется в более высоком уровне развития зрительного гноезиса по сравнению со слуховым. Отмечается более высокое развитие зрительной памяти по сравнению со слухоречевой. На фоне достаточного развития конструктивного праксиса наблюдаются трудности пространственной организации и выполнение сложных моторных программ с опорой на пространственную память и речевую регуляцию, особенно в младшем школьном возрасте.

Данные, полученные на здоровых школьниках, использовались нами для сравнения с результатами обследования детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

На основе корреляционного и факторного анализа полученных эмпирических данных были выделены четыре группы детей

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

Итак, при психологическом изучении детей с ЗПР необходимо учитывать клиническую форму ЗПР, так как нарушения познавательных процессов (внимание, память, мышление, речь, праксис) при различных клинических вариантах проявляются по-разному. Кроме того, важное место при психологическом анализе структуры психического дефекта, особенно у детей с ЗПР церебрально-органического генеза, принадлежит нейropsихологическому анализу.

Таблица 3

## Психологические параметры задержки психического развития

Формы задержки психического развития	Клинико-психологические проявления	Нейropsихологические особенности
Психофизический инфантилизм	Относительная сформированность психических процессов, но замедленный темп их становления, недоразвитие мотивации учебной деятельности, личностная незрелость	Нарушение динамики умственной работоспособности, снижение объема памяти и внимания вследствие недостаточной мотивации деятельности
Соматогенная форма	Сформированность психических процессов, астения, раздражительная слабость	Снижение динамики умственной работоспособности, повышенная истощаемость внимания, уменьшение объема памяти в зрительной и слуховой модальностях

Окончание табл. 3

Формы задержки психического развития	Клинико-психологические проявления	Нейропсихологические особенности
Психогенная форма	При сохранности психических процессов выраженное снижение мотивации учебной деятельности, снижение продуктивности учебной деятельности в связи с патологическим развитием личности (тревожная мнительность, эгоцентризм и др.)	Возможна «иррегулярность» в психическом развитии, неравномерное развитие психических процессов
Задержка психического развития церебрально-органического генеза	Недоразвитие психических процессов и функций, что приводит к нарушению интеллектуальной продуктивности, частичное (парциальное) недоразвитие отдельных психических функций	Нарушение умственной работоспособности, недоразвитие устойчивости, переключения, объема внимания, снижение объема внимания во всех модальностях, недоразвитие ориентировочной основы деятельности, недоразвитие зрительно-пространственного гноэза и праксиса, выраженная дефицитарность в развитии отдельных свойств: внимания, памяти, гноэза, праксиса

Учитывая клинико-психолого-педагогические параметры, можно выделить четыре основные группы детей с ЗПР. 1. Дети с относительной сформированностью психических процессов, но со сниженной познавательной активностью. В этой группе наиболее часто встречаются дети с ЗПР вследствие психофизического инфантилизма и с соматогенной и психогенной формами ЗПР. 2. Дети с неравномерным проявлением познавательной активности и продуктивности. Этую группу составляют дети с легкой формой ЗПР церебрально-органического генеза, с выраженной ЗПР соматогенной формы и с осложненной формой психофизического инфантилизма. 3. Дети с выраженным нарушением интеллектуальной продуктивности, но со сформированной познавательной активностью. В эту группу входят дети с ЗПР церебрально-органического генеза, у которых наблюдается выраженная дефицитарность отдельных психических функций. 4. Дети, для которых характерно сочетание низкого уровня интеллектуальной продуктивности и слабовыраженная познавательная активность. В эту группу входят дети с тяжелой формой ЗПР церебрально-органического генеза, у которых наблюдается первичная дефицитарность в развитии всех психических функций, а также недоразвитие ориентировочной основы деятельности.

---

## **Глава 3. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ)**

---

Особенности познавательной сферы младших школьников с ЗПР освещены в психолого-педагогической литературе достаточно широко. В 60-е годы появляются первые отечественные психолого-педагогические исследования ЗПР у детей. В этих работах подчеркивались трудности, наблюдаемые у этих детей при овладении чтением, письмом, математикой. Отмечалась недостаточная сенсомоторная координация, общая моторная неловкость, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, неустойчивость внимания, повышенная утомляемость (Певзнер М. С., 1966; Власова Т. А., Певзнер М. С., 1967). Специальные исследования психических процессов у детей с ЗПР выявили сложности приема и переработки информации, снижение объема кратковременной и долговременной памяти, слабое развитие опосредованного запоминания (Егорова Т. В., 1973; Лубовский В. И., 1971, 2003; Переслени Л. И., 1984 и др.). Были выявлены нарушения речевого развития, которые проявляются в сниженном словарном запасе, в трудностях определения слов, недоразвитии грамматических обобщений (Ципина Н. А., 1972; Шевченко С. Г., 1974 и др.). Кроме психолого-педагогических исследований появились нейропсихологические исследования, в которых тщательно анализировались структура и динамика нарушений гностических процессов у детей с ЗПР церебрально-органического генеза (Марковская И. Ф., 1977).

В монографии «Дети с задержкой психического развития» (1984) на большом экспериментальном материале раскрывается своеобразие гностических процессов у детей с ЗПР. В психолого-педагогических исследованиях отмечается, что

в структуре психического дефекта у детей с ЗПР преобладает незрелость эмоционально-волевой сферы, интеллектуальные нарушения выражены нерезко, а также отмечается замедленное развитие интеллектуальных процессов (Власова Т. А., 1984; Егорова Т. В., 1973; Калмыкова З. И., Жаренкова Г. И., 1972; Лубовский В. И., 1971; Никашина Н. А., 1972; Калмыкова З. И., 1982; Кулагина И. Ю., Пускаева Т. Д., 1989; Лебединский В. В., 1985; Лубовский В. И., 1989; Переслени Л. И., 1976; Переслени Л. И., Подобед В. Л., 1988; Ульянкова У. В., Цыпина Н. А., 1972; Шумаров Г. Б., Шошин П. Б., 1972; Шевченко Г. М., 1972 и др.).

В. И. Лубовский подчеркивает недостаточную сформированность произвольного внимания детей с ЗПР, дефицитарность основных свойств внимания: концентрации, объема, распределения. Отмечая снижение устойчивости внимания у детей с ЗПР, некоторые авторы выделяют специфику его нарушений. Например, у некоторых детей максимальное напряжение внимания наблюдается в начале выполнения заданий, а затем оно постепенно снижается. У других детей сосредоточение внимания наступает лишь после осуществления какой-либо деятельности. Для детей третьей группы характерна периодичность в сосредоточении внимания (Власова Т. А., 1984).

Исследования памяти детей с ЗПР показали, что у них в сравнении со здоровыми детьми наблюдается более длительный период для приема и переработки сенсорной информации (Власова Т. А., 1984). В исследованиях Т. В. Егоровой (1973) было выявлено снижение объема долговременной и кратковременной памяти у детей с ЗПР, а также недоразвитие произвольного и непроизвольного запоминания. В исследованиях В. Г. Лутонян подчеркивается, что продуктивность непроизвольного запоминания у детей с ЗПР значительно ниже, чем у их нормально развивающихся сверстников (Лутонян В. Г., 1977).

Отставание младших школьников с ЗПР от нормально развивающихся сверстников выражается в формировании их мыслительных процессов. Авторы выделяют у них снижение уровня сформированности всех основных мыслительных операций: анализа, обобщения, абстракции, переноса (Артемьева Т. П., 1985; Монкевичене О. П., 1988; Фокетова Т. А., 1993; Кузнецова Т. Н., 1994; Переслени Л. И., 1993 и др.).

Проведены отдельные психологические исследования мотивационной и эмоционально-волевой сферы, особенностей

развития личности у младших школьников с ЗПР, в которых выявлены недоразвитие эмоционально-волевой сферы, преобладание игровых интересов над учебными, повышенная внушаемость, недостаточность воображения. В работах отечественных авторов уделяется особое внимание особенностям регуляции психической деятельности у детей с ЗПР (Н. В. Бабкина, В. В. Кисова, И. Ю. Троицкая, У. В. Ульянкова и др.), а также особенностям личности детей с ЗПР (Н. Л. Белопольская, Л. В. Кузнецова, И. Ю. Кулагина, Е. С. Слепович и др.).

В последние десятилетия в отечественной психологии представлено значительное количество исследований, направленных на изучение психологических особенностей детей с ЗПР в рамках психолого-педагогического анализа (Бабкина Н. В., 2007; Блинова Л. Н., 2007; Винник М. О., 2004; Никашина Н. А., 2004; Шевченко С. Г., 2001, 2007; Ульянкова У. В., 2007 и др.).

Особые трудности представляет ранняя диагностика детей с ЗПР, что требует от психолога высоких профессиональных навыков. При тщательном психологическом обследовании ребенка можно получить высоконформативные данные о возможной задержке психического развития у ребенка уже в первые три месяца. Эффективность ранней диагностики ЗПР зависит от знаний психолога этапов психического развития детей, от умения специалиста наблюдать за младенцем.

### **3.1. Возрастно-психологические особенности здоровых детей на первом году жизни**

В отечественной и зарубежной психологии разработаны объективные показатели моторного, сенсорного, речевого развития младенцев (Гезелл А., 1932; Фигурина Н. Л., Денисова М. П., 1929; Бауэр, 1985; Крайг Г., Бокум Д., 2005 и др.). Представлено огромное количество схем, шкал оценки развития младенца. Особый интерес, на наш взгляд, представляют шкалы выдающегося психолога Арнольда Гезелла. Автор разработал нормы развития двигательной сферы ребенка и схемы для определения умственного развития младенца. Исследования детей раннего возраста А. Гезелл проводил в четырех основных направлениях: моторное развитие, речевые проявления, приспособительное поведение, индивидуально-социальное поведение (Гезелл А., 1932) (табл. 4).

**Показатели психического развития**

<b>Возраст</b>	<b>Моторное развитие</b>	<b>Речевое развитие</b>
Ступень одного месяца	Когда берут младенца на руки, поднимает время от времени голову. Положенный плашмя на животик, делает движения ползания. Лежа на животе, поднимает головку. Лежа на животе, поворачивает голову в сторону	Обращает внимание на звуки. Кричит по-разному при ощущении неудобства, боли, голода
Ступень двух месяцев	Взятый на руки, держит голову в течение короткого времени. Если держать младенца на весу спиной вниз, поднимает голову. Положенный ничком, немного приподнимает грудь над поверхностью стола. Лежа на спине, выбрасывает руки прямо вверх	Прислушивается к человеческому голосу. Когда взрослый близко наклоняется к младенцу, на его лице появляются определенные реакции. Владеет несколькими интонациями
Ступень трех месяцев	Взятый на руки, хорошо фиксирует голову. Переворачивается со спины на бок. Положенный ничком, приподнимается, опираясь на ручки	Отвечает улыбкой при заговаривании с ним. Выражает чувство удовольствия определенной интонацией
Ступень четырех месяцев	Хорошо держит голову, когда его носят или укачивают. Лежа на спине приподнимает голову и плечи, как бы пытаясь сесть. Обложенный подушками, сидит. Ручки не скаты все время в кулак, часто раскрываются	Громко смеется. В ответ на появление взрослого подает голос. Спонтанно гулит
Ступень пяти месяцев	Поворачивается со спинки на животик. Сидит при поддержке. Попадая ручкой на кубик, может приподнять его со стола или руки взрослого	Поворачивает голову на голос и на звон колокольчика. Выражает определенной интонацией нетерпение, когда у него забирают понравившуюся вещь
Ступень шести месяцев	Усаженный в слегка наклонном положении, сидит некоторое время без поддержки. Зажимает предмет с помощью одновременного сгибания всех пальцев. Удерживает некоторое время два кубика по одному в каждой руке	Отчетливо произносит отдельные слова. Узнает близких людей. Бизжит и гулит от удовольствия
Ступень семи месяцев	Тенденция пользоваться одной (правой) рукой. Легко поворачивает руку вокруг своей оси. Достает шарик с помощью сгребания или складывания руки «горстью». Без труда поднимает кубик со стола	Выражает удовлетворение при достижении предмета
Ступень восьми месяцев	Сидит короткое время без поддержки. Самостоятельно садится. Берет шарик, используя хватательные движения	Лепечет при виде знакомого лица. Речь приобретает характер междометий
Ступень девяти месяцев	Самостоятельно сидит. При захватывании кубика противопоставляет большой палец. Положенный ничком, передвигается	Говорит двусложное слово (ма-ма, дя-дя и т. п.). Прислушивается при произнесении новых или знакомых слов
Ступень десяти месяцев	Сам становится на ножки. Хватает шарик точными пинцетообразными движениями	Начинает подражать услышанным звукам. Определенным образом реагирует на знаковое слово
Ступень двенадцати месяцев	Ходит с посторонней помощью. Стоя на ножках, может опуститься в сидячее положение. Держит карандаш так, что им можно чертить на бумаге	Говорит два слова. Выполняет простейшие словесные поручения. Кладет кубик по требованию в чашку или на чашку

## ребенка первого года жизни по Гезеллу

Приспособительное поведение	Индивидуально-социальное поведение
Фиксирует взглядом окно и крупные предметы. Останавливает взгляд на движущихся предметах, если они достаточной величины. Видит красное (яркое) кольцо, но не задерживает на нем взгляд. Удерживает кольцо, положенное в руку	Поднимая ребенка, вы чувствуете известную мышечную активность с его стороны. Ребенок обнаруживает взглядом избирательное отношение к человеческому лицу
Следит глазами за движущейся фигурой. Задерживается взглядом на покачивающемся на веревочке красном кольце	Поворачивает голову и держит ее в определенном положении, засыпав человеческий голос. При поднимании на руки наблюдается мышечное напряжение в плечевой области. Бьет ножками в ванне при купании или производит ножками движения отталкивания
Следит глазами за движущимся карандашом. При наблюдении свободно поворачивает голову. Прикасается на разные лады к кольцу. Лежа на спине, изучает окружающую обстановку	Выражает изумление и осознает внезапный переход к новой ситуации. Успокаивается под влиянием голоса или музыки. Предвкушает кормление, открыв рот, или приходит в состояние возбуждения. Одной рукой перебирает пальчики на другой
Лежа на спине, зажимает между ручками качающееся кольцо. Смотрит на двоймовый кубик на столе. Поворачивает голову, прослеживая взором исчезающий предмет	Разглядывает собственную руку при игре. Примитивная игра с погремушкой. Шлепает ручкой по воде, лежа в ванной. Напрягает тельце, когда видит, что его собираются поднять
Лежа на спине, поднимает выпавшую погремушку. Тянется к листу бумаги. Зрительный контроль над схватыванием и манипулированием	Активно играет погремушкой. Повторно возвращается к ней взглядом. Играет во время купания
Проявляет активный интерес к предметам. Поднимает кубик со стола. Смотрит на новый предмет, лежащий на столе	Стучит ложкой и шлепает ладонью по столу во время игры. Различает своих и чужих
Настойчиво тянется к отдаленному кубику. Поднимает перевернутую чашку. Длительно вртит кольцо в руках. Когда ложка падает, короткое время ищет ее взглядом	Использует для игры листок бумаги. Использует для игры веревочку. Увидев свое отражение в зеркале, наклоняется к зеркалу, протягивает ручки
Ищет взглядом упавший предмет. Поднимает перевернутую чашку, пользуясь ручкой. С интересом ощупывает ручкой колокольчик	Отвечает на заигрывание. Улыбается своему отражению и бьет по нему рукой. Выпавший рожок сам подносит ко рту. Получает удовольствие при бросании предмета от полученного шума
Вкладывает предметы в отверстие. Притягивает за веревочку кольцо. Следит глазами, когда перед ним чертят штрихи на бумаге	Принимает участие в ритмической игре. Машет ручкой при прощании. Использует чашку и кубик для комбинированной игры
Удерживает два кубика, не отказывается от третьего. Подражая психологу, начинает делать штрихи на бумаге. Ощупывает пальцем отверстие на доске. Поднимает чашку за ручку. Отыскивает прикрытый салфеткой предмет	Ведет игру со своим отражением в зеркале. Раскачивает кольцо на веревочке
Чертит вслед за психологом штрихи или вртит в подражание погремушкой. Вкладывает палочку или форму в соответствующее отверстие. Знает, что нужно потянуть за веревочку, чтобы придвинуть кольцо. Высвобождает кубик, завернутый в бумагу	Держит чашку при питье. Задерживает по требованию выполнение действия. Повторяет номер, вызвавший смех



Представленная схема имеет несомненное практическое значение, так как в ней автор не только отражает этапы развития младенца, но и предлагает отдельные тесты для их диагностики.

Для адекватной психодиагностической оценки психолог должен ориентироваться и на возрастные этапы развития психических функций, и на качественные особенности развития этих функций и их взаимодействия в процессе развития детей первого года жизни.

### **Особенности развития ощущений у здорового младенца**

К моменту рождения ребенка наблюдается несогласованное движение глаз, но к концу третьей недели здоровый младенец делает согласованный поворот обоих глаз и сводит их оси на предмете. Большинство детей к середине второй недели жизни умеют удерживать в поле зрения движущийся предмет. Например, если вы поместите яркую погремушку на уровне груди лежащего на спине ребенка (на расстоянии около 40–50 см) и станете медленно перемещать ее вправо-влево, то увидите, как он фиксирует игрушку взглядом. В трехнедельном возрасте ребенок уже способен фиксировать взглядом более или менее крупные неподвижные предметы. Это может быть и лицо взрослого человека. Попробуйте приблизиться к лежащему на спине малышу на расстояние 40–50 см и привлечь его внимание разговором, а потом замолчать, оставаясь неподвижным. Вы увидите, как малыш тоже замрет, затормозит свои движения, как бы всматриваясь в ваше лицо.

Как уже отмечалось выше, прослеживание предмета, движущегося перед глазами младенца, оказывается доступным ему уже на 30–32-й день. Движущиеся предметы, особенно яркие, красочные, привлекают младенца больше, чем бесцветные. К концу первого месяца жизни младенец уже неплохо владеет зрительным слежением и движения глазных яблок становятся более плавными и координированными (Бауэр Т., 1979; Годовикова Д. Б., 1974). Дети в возрасте 7–16 дней лучше следят за передвигающимися кольцами диаметром 5–7 см и теряют из поля зрения кольца до 3 см и более 10 см, показываемые на расстоянии 70–80 см.

Итак, уже к концу первого месяца жизни у младенцев активно формируются навыки фиксации взора и слежения за движущимся объектом, с первых недель жизни дети способны

тонко различать предметы разного цвета, величины и формы. Однако движения глазных яблок не всегда согласованы, и у младенца можно наблюдать периодически возникающее сходящееся косоглазие, которое к концу второго месяца исчезает. Спектр зрительных реакций младенца расширяется к концу первого месяца. Он уже начинает активно искать глазами заинтересовавший его предмет, фиксировать на нем взор и при этом поворачивает голову в его сторону. На третьем месяце младенец уже сосредоточивает взгляд на предмете до 7–10 минут и активно его рассматривает. Внимание ребенка привлекает уже не только красный, но и желтый и зеленый цвета. Если младенец плачет, то его уже можно успокоить яркой игрушкой. В 2–2,5 месяца ребенок начинает фиксировать взор и рассматривать предметы и в горизонтальном, и в вертикальном положении.

Многочисленные исследования показали, что первыми реакциями на звук у ребенка являются вздрагивание век, рук, непроизвольные движения лицевых мышц и туловища (например, в ответ на сильный хлопок в ладоши около уха младенца). На 10–12-й день у младенца появляется реакция на звук человеческого голоса. Если ребенок беспокоен, громко плачет или выражает свою неудовлетворенность хныканьем, попробуйте погреметь погремушкой, находясь вне поля его зрения, запеть или громко продекламировать отрывок стихотворения. Уже через несколько секунд ребенок успокоится и будет лежать тихо и прислушиваться. А к концу первого месяца жизни слуховое сосредоточение ребенка на посторонних звуках станет еще более выраженным, достигая целых 10–15 секунд. В возрасте от полутора месяцев малыш начинает идентифицировать локализацию звука в пространстве, ищет его источник. Даже лежа на спине и не видя родителей, он поворачивает головку и глаза к источнику звука. На втором месяце звук может вызвать у младенца торможение даже пищевого рефлекса. Например, младенец замирает, услышав голос матери. На третьем месяце ребенок достаточно быстро находит источник звука, не только лежа на спине, но и в вертикальном положении (Годовикова Д. Б., 1969).

К концу первого месяца жизни у младенца вырабатываются условные реакции на запахи. Исследования психологов показали, что первые реакции ребенка на появление матери обусловлены обонятельными ощущениями. Он еще зрительно не дифференцирует мать, но уже воспринимает ее по запаху молока.



Очень рано у младенца обнаруживаются тактильные и температурные ощущения. Младенец активно реагирует на прикосновение, успокаивается, если до него дотрагиваются.

К концу первого месяца жизни малыша у него наблюдаются первые положительные эмоциональные реакции на родительское присутствие. Месячный ребенок уже способен улыбаться матери или отцу в ответ на повторные ласковые обращения к нему. При предъявлении различных конфигураций младенец предпочитают схематическое восприятие человеческого лица всем прочим сложным конфигурациям. Эти данные указывают на то, что биологически зрение младенца уже настроено на восприятие образа человека, а точнее человеческого лица. В 1,5–2 месяца особую чувствительность младенцы проявляют и к человеческой речи. В ответ на обращенную к ребенку речь он гулит — издает тихие короткие гласные звуки. Младенец активно реагирует и на прослушивание собственного голоса, записанного на цифровой носитель. При прослушивании своего голоса ребенок может успокоиться, даже если он только что неудержимо плакал.

В этом возрастном периоде очень важно оценить реакции младенца на общение. Если взрослый наклонился к ребенку и ласково обратился к нему, прикоснулся, то в ответ у малыша возникает реакция сосредоточения: он замолкает, не двигается, внимательно рассматривает взрослого, широко раскрывая глаза, а затем появляется улыбка, то есть возникает реакция оживления. Большинство детей в этом возрасте реагируют комплексом оживления на контакт с любым взрослым, не различая «своих» и «чужих» (Лисина М. И., 1974).

Психомоторное развитие претерпевает существенные изменения на втором месяце жизни. Безусловные рефлексы еще ярко выражены, но затем постепенно начинают угасать. Первыми из них (к 1,5–2 месяцам) претерпевают обратное развитие рефлекс опоры и рефлекс автоматической ходьбы. Поставьте ребенка на горизонтальную поверхность и увидите, что ребенок уже опирается не на всю стопу, а лишь на наружный край стопы и при этом резко выпрямляет ноги. Если его наклонить вперед, то шагового рефлекса мы уже не наблюдаем. Многие родители обращают внимание на то, что ребенок «перестал опираться на ножки и ходить». Но волнения напрасны, так как это физиологическая норма. Напротив, если эти рефлексы выражены в два месяца и позже (у доношенного ребенка), то

надо обязательно обратиться к врачу-невропатологу. Однако большинство других врожденных рефлексов значительно ослабевают только к концу третьего месяца жизни. Например, хватательный рефлекс угасает приблизительно к двум месяцам. Если мы вкладываем малышу в ладошку палец, он захватывает его уже не так крепко, как на первом месяце жизни, а при попытке приподнять его раскрывает ладонь и выпускает. Сосательный рефлекс не только не ослабевает на втором месяце жизни, но и обогащается условными (то есть приобретенными, выработанными) реакциями. Например, малыш начинает производить сосательные движения не только при попадании соска груди или пустышки в рот, но и при виде груди матери или бутылочки с молоком. У младенца снижается сгибательный тонус в конечностях и разгибательный — в мышцах шеи. Например, если малыша положить на бочок, он уже не запрокидывает голову. Ребенок начинает гораздо активнее двигаться: периодически разжимает кулаки, разводит ручки в стороны, движения становятся разнообразнее. К концу второго месяца малыш начинает приближать руки ко рту, сосать палец, а к трем месяцам — рассматривать свои ручки, потирать глаза и т. д.

Это первые проявления развития произвольной моторики — важнейший этап в психомоторном развитии ребенка. В возрасте около двух месяцев младенец, положенный на животик, на некоторое время приподнимает головку, однако удерживает ее недлительно. К концу второго месяца жизни ребенок начинает активно поворачивать голову в сторону оказавшегося в поле его зрения яркого предмета или в поисках источника громкого звука, то есть у него активно формируются зрительно-слуховые связи. На третьем месяце младенец уже уверенно и долго удерживает поднятую голову лежа на животе, переворачивается с живота на спину. К концу третьего месяца у здорового младенца складываются связи между зрением и движением рук. Например, случайно попавшая в поле зрения рука задерживается перед глазами младенца, и он пытается схватить предмет, когда рука и предмет одновременно оказываются в поле его зрения. В период от 4 до 8 месяцев повышается активность взаимодействия руки и глаза. Координация зрения и хватания является решающим шагом в объективизации предметного мира у младенца и пусковым механизмом в развитии предметно-практических манипуляций (Журба Л. Т., Мастиюкова Е. М., 1981 и др.).

## Особенности развития предметно-практических действий у здоровых детей

Психологи давно доказали, что в познавательном развитии ребенка предшкольного возраста большое значение имеют его действия с предметами. Известный французский психолог Жан Пиаже подчеркивал, что в течение первых двух лет жизни развитие ребенка проходит ряд стадий, на каждой из которых по-разному осуществляется процесс познания окружающего мира ребенком (Пиаже Ж., 1968).

На самой первой стадии (первый месяц жизни) ребенок, обладая врожденными рефлексами, приспосабливается к особенностям предметов (форме, величине), следит за движущимися предметами. Начиная со второго месяца жизни улучшается координация его движений, происходит взаимодействие между различными рефлексами. Например, голодный ребенок сосет свой палец. Это действие уже не является врожденным рефлексом. Малыш может, хотя и случайно, повторить произведенное действие.

С четырех месяцев у младенца формируется интерсенсорная связь рука — глаз, то есть ребенок при схватывании предмета фиксирует на нем взор. Это очень важный момент для дальнейшего развития его практических действий.

На пятом-шестом месяце жизни формируются целенаправленные хватательные движения. Дети начинают манипулировать с различными предметами в середине первого года жизни. В этих манипуляциях отчетливо проявляется намеренность действия, желание добиться определенного результата. Например, ребенок толкает мяч и сам ползет к нему, бросает игрушку на пол и радуется звуку падения. Уже в возрасте шести месяцев ребенок отдает предпочтение какой-нибудь одной игрушке или предмету. Во время действия с предметами ребенок лепечет, произносит звуки, которые доставляют ему удовольствие. С появлением самостоятельной ходьбы у ребенка продолжает развиваться потребность в движении и ориентировке в окружающем пространстве.

С конца первого до середины второго года жизни у ребенка увеличивается количество функциональных действий с предметами. Это проявляется в том, что дети любят открывать и закрывать двери, ящики, коробки, складывать их. Они активно знакомятся со свойствами игрушек, усложняя действия с ними.

Р. Я. Абрамович-Лехтман провела специальные исследования, направленные на особенности развития предметно-практи-

ческих действий у детей первого года жизни. Автор выделила четыре основных этапа их формирования.

*Первый этап* преддействия. Начинается уже в 2,5 месяца. Ребенок выполняет направленные движения с предметами: водит руками по одеялу, захватывает одной рукой кисть другой руки и т. п.

*Второй этап* результативных действий. Начинается с 4 месяцев. Ребенок осваивает хватательные движения, после чего ему становятся доступными многообразные предметные действия: притягивание, постукивание, толкание, выпускание из рук, разрывание бумаги и многие другие.

*Третий этап* соотносящих действий. Начинается после 7 месяцев. Ребенок может действовать с двумя предметами одновременно: всовывание, вкладывание, вынимание, нанизывание колец и др.

*Четвертый этап* функциональных действий. К концу первого года жизни ребенок выполняет функциональные действия, подражая аналогичным действиям взрослых: мешает ложкой в чашке, пишет палочкой, причесывает куклу и др. (Абрамович-Лехтман Р. Я., 1945).

Предметные действия являются важной формой активного познания ребенком окружающего мира и основой формирования сенсорно-перцептивных и мыслительных процессов.

### **Особенности произвольной активности у младенцев**

Важным показателем произвольной активности у младенца являются особенности его внимания. Первые проявления со средоточенности проявляются на 10–12-й день после рождения. К концу первого месяца младенец уже может следить за яркими, блестящими предметами на расстоянии одного метра. В 3 месяца ребенок более продолжительно слушает звуки колокольчика, когда он находится в поле его зрения. В этот же период младенец отвечает реакцией оживления на приход человека. С 5-го месяца объектом внимания все чаще становится определенный предмет: яркая игрушка, блестящий шарик и др., которыми он манипулирует (Лисина М. И., 1966, 2009 и др.).

### **Особенности эмоциональных проявлений**

Уже с 4 месяцев здоровый ребенок все чаще реагирует общим комплексом оживления на появление матери, ее голос, улыбку. Однако до 4 месяцев его реакции могут быть не дифференцированными, он одинаково положительно может

встречать как близких, так и чужих людей. С 6 месяцев у детей начинают проявляться позитивные эмоциональные реакции при восприятии различных игрушек и действий с ними. В 9–10 месяцев младенец радостно тянется к матери, выражая свое удовольствие в ее присутствии. Появление чужого человека может вызвать у него настороженность, удивление, а при попытке постороннего приблизиться к ребенку или взять его на руки малыш отвечает оборонительными движениями головы, громким плачем (Лисина М. И., 2009).

### **3.2. Особенности психического развития детей с угрозой задержки психического развития на первом году жизни**

Особенности психического развития детей с угрозой ЗПР на первом году жизни, по данным отечественных и зарубежных клиницистов и психологов, проявляются:

- 1) в недоразвитии двигательных функций;
- 2) в позднем развитии сенсомоторных связей;
- 3) в слабой психической и познавательной активности.

Однако такие особенности развития на первом году жизни наблюдаются и у детей с умственной отсталостью, детским церебральным параличом и другими вариантами психического дизонтогенеза.

Мы провели лонгитюдное исследование 45 младенцев, у которых по заключению невропатологов наблюдалась угроза возникновения задержки психического развития и детского церебрального паралича (Мамайчук И. И., 2001). В анамнезе у всех обследуемых младенцев наблюдались асфиксия, родовая травма или асфиксия с родовой травмой одновременно. Оценки по шкале Апгар у детей варьировали от 4 до 8 баллов. Были выделены три группы детей по степени тяжести клинических проявлений: легкая, средняя, тяжелая (по 15 детей в каждой группе).

Психологическое обследование проводилось в четыре этапа: в возрасте от 1 до 3 месяцев, от 3 до 6 месяцев, от 6 до 9 месяцев и 9–12 месяцев по специально разработанной нами схеме, состоящей из четырех основных блоков:

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

Психологическое исследование особенностей ощущений у младенцев с угрозой ЗПР в возрасте от 1 до 3 мес. позволило

разделить детей на три группы по степени успешности выполнения заданий.

В первую группу вошли младенцы, у которых не наблюдалось выраженных нарушений в развитии ощущений, несмотря на недоразвитие двигательных функций, повышенный мышечный тонус и другие неврологические симптомы, указывающие на церебрально-органическую недостаточность. В эту группу вошли: 7 человек с легкой степенью церебрально-органической недостаточности (48 %), у остальных наблюдалась средняя и тяжелая степени церебрально-органической недостаточности. Достоверных корреляций между успешностью выполнения заданий и степенью тяжести клинических проявлений не получено.

Во вторую группу вошли младенцы, у которых выявлена задержка в развитии сенсорных функций. У них наблюдался комплекс оживления при предъявлении предмета, но в отличие от предыдущей группы это выражалось не в реакции со средоточения на нем, а в беспорядочных, хаотичных движениях конечностей. Из них только у троих детей (33 %) была установлена легкая форма церебрально-органической недостаточности, у остальных — средняя и тяжелая по заключениям невропатологов.

У детей третьей группы выявлена выраженная задержка в формировании зрительных и слуховых сосредоточений. Движения глаз у них были несогласованы с поворотом головы, а движения рук были хаотичны.

Уровень развития ощущений мы рассматривали как важный прогностический критерий дальнейшего психического развития, поэтому к первой группе мы отнесли детей с нормальным уровнем психического развития и с негрубой ЗПР, ко второй — детей со средней степенью ЗПР; к третьей — с угрозой выраженной ЗПР и умственной отсталостью.

В процессе повторного обследования детей в возрасте от 3 до 6 месяцев был сделан упор на анализ взаимодействия зрительных и двигательных функций. Как отмечалось выше, у здорового ребенка в этот период активно развиваются хватательные движения, что является важной предпосылкой для развития предметно-практических действий: формируются такие действия, как захватывание, притягивание, отталкивание, качание, бросания и др. В основе их развития лежит формирование интерсенсорной связи рука — глаз, которая появляется у здорового ребенка в четыре месяца.



Исследование показало, что только у детей первой группы наблюдалось своевременное развитие этого типа связей, у остальных выявлено отставание в развитии этих функций на 1,5–2 месяца.

У детей второй группы интерсенсорная связь рука — глаз также сформировалась позднее, чем у здоровых детей, хотя многие могли одновременно удерживать предмет и смотреть на него. У них наблюдалось кратковременное сосредоточение на предмете, и они быстро выпускали его из рук. Это, вероятно, связано, с одной стороны, с несформированностью двигательных функций рук, а с другой — с нарушением внимания.

В третьей группе детей интерсенсорная связь рука — глаз сформировалась значительно позже, в отличие от младенцев предыдущих групп, а именно в период от 7 до 24 мес. Мы наблюдали резкое снижение познавательной активности у некоторых детей этой группы, несмотря на достаточный объем движений рук.

Обследование детей в возрасте от 6 до 9 месяцев показало, что соотносящие действия вызывали некоторые трудности у детей первой группы, так как выполнение этих действий требует тонких и дифференцированных движений кисти. Однако у всех наблюдалась познавательная активность, дети сосредоточивались на предметах более длительно, активно брали предмет в руки, рассматривали его, пытались перекладывать его в другую руку и т. д.

У детей второй группы соотносящие действия появились только к концу первого года жизни, но так же, как и в первой группе, у них наблюдался интерес к предмету, желание взять его в руку. А такие действия, как постукивание, всовывание, вынимание, были им практически недоступны. У детей третьей группы соотносящие действия начали формироваться только на втором году жизни.

В процессе предметно-практических манипуляций ребенка мы учитывали не только специфику и уровень их развития, но и длительность сосредоточения на предметах и эмоциональное отношение к ним.

Обследование младенцев в возрасте 6–9 месяцев было направлено на анализ их произвольной активности и внимания. Здоровый ребенок к концу первого года способен сосредоточиться на объектах в течение 8–10 минут, активно с ними манипулируя. У детей с угрозой ЗПР, в отличие от здоровых сверстников, наблюдалось недлительное сосредоточение на предметах, особенно у детей 3-й группы (не более 3–4 минут).

Особое значение в формировании устойчивости внимания играют поисковая активность ребенка и уровень развития его

предметно-практических действий. У обследуемых детей, особенно во 2-й группе, уровень развития предметно-практических манипуляций был незначительно снижен, наблюдалась поисковая активность, однако внимание оставалось неустойчивым и слабоконцентрированным. С наибольшими трудностями концентрации внимания сталкивались дети 3-й группы.

В отличие от младенцев предыдущих групп недоразвитие внимания у них коррелировало с недоразвитием предметно-практических манипуляций. Эти данные подчеркивают тотальность недоразвития всех психических функций у младенцев 3-й группы в отличие от младенцев 1-й и 2-й групп, в которых четко прослеживается парциальность недоразвития психических функций (внимания, локомоторных функций).

Обследование младенцев в возрасте 9–12 месяцев было направлено на анализ эмоциональных реакций. У младенцев 1-й и 2-й групп существенных отклонений в особенностях эмоционального реагирования не выявлено. В 3-й группе задержка в развитии эмоциональных реакций проявлялась у большинства младенцев. У них не наблюдалось выраженного комплекса оживления даже при появлении матери, отсутствовала реакция на ее голос или улыбку. Матери обращали внимание психолога, что дети не отличают их от других взрослых. Кроме того, у младенцев выявились негативные эмоциональные реакции: частый плач или смех без соответствующей внешней стимуляции. Позитивных эмоциональных реакций на предметы у них не отмечалось. Нарушение эмоциональных реакций, особенно на близкие и знакомые предметы, является важным прогностическим показателем наличия отставания в психическом развитии.

Обследование детей через год показало, что у детей 1-й группы наблюдалась негрубая задержка психического развития, которая проявлялась в недоразвитии речевой активности, незначительной психомоторной расторможенности. Родители не обращали внимание на проблемы психического развития ребенка, а чаще предъявляли жалобы на плохой сон, аппетит, капризность и др. У детей 2-й и 3-й групп обнаружены более выраженные задержки в психическом развитии, что проявлялось в недлительном сосредоточении на предметах, импульсивности или, наоборот, заторможенности, стереотипных манипуляциях с предметами.

Итак, на основании полученных данных мы можем выделить дифференциально-психологические критерии ЗПР у детей первого года жизни (табл. 5).

**Показатели первично-психического развития у младенцев с задержкой психического развития разной степени тяжести**

Показатели	Здоровые дети	Степень задержки психического развития		
		легкая	средняя	тяжелая
Развитие ощущений	Сосредоточиваются на сенсорных стимулах, способны различить цвет, форму и величину предметов	Функция сосредоточения развивается позже на 1–2 недели. Возможна выработка дифференцировок цвета, формы и величины предметов	Более позднее развитие фиксации взгляда. Трудности в сложении за предметами. Затруднена дифференцировка предметов на цвет, форму	Выраженная задержка формирования зрительных, слуховых и тактильных сенсорных связей. Движения глаз не согласованы с поворотом головы, а движения рук хаотичны
Ориентировочно-познавательная деятельность	Высокая активность по-знавательной деятельности, устойчивость внимания. Проявляется интерес ко всему новому, длительно использует игрушку	Ориентированческие реакции на зрительные и слуховые раздражители достаточно устойчивы, но недлительные. Иногда наблюдаются защитно-оборонительные реакции на любой слуховой раздражитель, (реакция вздрагивания и плача)	Защитно-оборонительные реакции на слуховые и зрительные раздражители (страх при предъявлении новых игрушек), недлительное сопротивление	Проявляет равнодушие к игрушкам. Ориентировочные реакции возникают только при постоянной стимуляции
Предметно-практические действия	В 4 мес. сформирована интерсенсорная связь рука – глаз	Задержка формирования интерсенсорной связи на 1–1,5 мес.	Задержка формирования интерсенсорной связи на 1–2 мес. Недлительно сопротивляется на предмете, который находится в руках	Выраженная задержка в формировании интерсенсорной связи на 3–4 мес. в сравнении со здоровыми младенцами. В процессе манипуляций с предметами со средоточением настороженно. Наблюдаются стереотипные манипуляции

Развитие внимания	<p>К концу первого месяца следит за яркими, блестящими предметами.</p> <p>В 5 мес. объектом внимания становится определенный предмет (плотный предмет).</p> <p>В процессе манипуляций длительно сосредоточивается на объектах</p>	<p>Выраженных нарушений не наблюдается.</p> <p>Зрительное сосредоточение более длительное, чем слуховое</p>	<p>Недлительное сосредоточение на объектах, быстро пресыщается</p>	<p>Выраженные трудности со- средоточения на предметах, особенно в слуховой мо- дальности</p>
Эмоцио- нально-во- левые осо- бенности	<p>В 4 мес.</p> <p>реагирует на матерь, выделяет ее среди других лиц.</p> <p>В 9–10 мес. тя- нется к матери, выражая свое удовольствие ее присутствием</p>	<p>Отклонений в особыхностях эмоционального реагирования на мать не выявлено</p>	<p>Адекватно и в срок реагирует на появление матери.</p> <p>При появлении посторонних лиц отмечается выраженная оборонительная реакция: скованность, страх</p>	<p>Позже выделяет мать среди посторонних лиц в отличие от здоровых детей.</p> <p>При появлении малознакомых лиц проявляет эмоциональное беспокойство, кричит, плачет, ухудшается сон. Причем эти реакции носят стойкий и длительный характер</p>



Итак, у детей с ЗПР на первом году жизни наблюдаются следующие особенности:

- задержка в формировании двигательных функций, что проявляется в замедленном угасании некоторых безусловных рефлексов;
- замедленное формирование локомоторных функций, таких как удержание головы, переворот туловища, сидение, вставание, ползание, ходьба и др.;
- более позднее развитие фиксации взгляда, что проявляется в трудностях слежения за предметами;
- недоразвитие зрительно-моторной координации, то есть позднее развитие сенсомоторных связей;
- снижение познавательной активности;
- незрелость эмоционально-волевой сферы, что выражается в позднем появлении улыбки и комплекса оживления, запаздывании дифференциации эмоциональных реакций на окружающее;
- задержка в развитии общей психической активности.

### **3.3. Особенности психического развития детей с задержкой психического развития в преддошкольном возрасте**

У здорового ребенка второго года жизни продолжается интенсивное развитие психической сферы, хотя и несколько медленнее, чем на первом году жизни. Увеличивается длительность бодрствования до 4–5 часов, совершенствуется ходьба и другие моторные навыки. Действия с предметами, которыми овладел ребенок на первом году, становятся более координированными.

Основным видом деятельности ребенка второго года жизни является предметная деятельность, в процессе которой ребенок знакомится с различными свойствами предметов, продолжается развитие его сенсорных функций. Под руководством взрослых ребенок *лучше воспринимает окружающее*: различает, сравнивает, устанавливает сходство предметов по их признакам — по цвету, форме, величине. Сначала по образцу, а потом и по слову он может из двух-трех цветных кубиков выбрать кубик требуемого цвета или из двух-трех матрешек разной величины выбрать маленькую матрешку. Одновременно развивается *память*. Он уже не только узнает, но и вспоминает о предметах и явлениях, отсутствующих в настоящем времени. Эти воспоминания сначала возникают на основе какой-либо наглядной

ситуации. Например, показывая на чашку с отбитой ручкой, говорит: «Папа бил» (разбил). Позже эти воспоминания возникают уже по слову. Например, когда ребенку говорят: «Пойдем гулять», — он начинает искать одежду, обувь для прогулок. Второй год жизни является важным этапом для формирования различных бытовых навыков. Ребенок способен самостоятельно раздеваться, есть, выполнять некоторые гигиенические процедуры, развивается опрятность.

Второй год жизни — это время становления и быстрого совершенствования *речевых функций* (основы всего психического развития), то есть это сенситивный период для развития речи. До полутора лет у здорового ребенка развивается функция понимания речи, а далее — до двух лет — идет увеличение словарного запаса и активной речи. Значительно обогащается в этот период жестовая речь, мимика. При нормальном речевом развитии к концу второго года словарный запас ребенка возрастает до 300 слов, и в него входят уже не только названия предметов, но и их качества, а далее появляется и фразовая речь.

Развитие *мышления* в этом возрасте происходит в процессе его предметной деятельности и носит наглядно-действенный характер. Ребенок учится перемещать предметы в пространстве, действовать несколькими предметами по отношению друг к другу. Благодаря этому он знакомится со скрытыми свойствами предметной деятельности и учится действовать с предметами опосредованно, то есть с помощью других предметов или действий (например, стучать, вращать и т. д.). Такая деятельность создает условия для перехода к понятийному, речевому мышлению. То есть в процессе выполнения действий с предметами и обозначения действий словами формируются мыслительные процессы: ребенок учится соотносить орудия с тем предметом, на которое направлено действие (лопаткой набирает песочек, снег, землю, ведром — воду). Таким образом ребенок приспосабливается к свойствам предмета. Наибольшее значение среди мыслительных процессов ребенка этого возраста имеет обобщение, но так как опыт ребенка еще невелик и он не умеет еще выделить существенный признак в группе предметов, то и обобщения бывают неправильными. Например, словом «шар» ребенок обозначает все предметы, которые имеют круглую форму. Дети этого возраста могут делать обобщение по функциональному признаку: шапка — это шляпа,



косынка, кепка и др. Они сравнивают, различают («Мама большая, а Анютка маленькая»), устанавливают связь между явлениями («Солнышко пыгает — глять пойдем»).

Значительно обогащается на втором году жизни *характер игровой деятельности*. Сначала, например, ребенок кормит, баюкает куклу, а затем осуществляется перенос этих действий на другие предметы: «кормит» не только куклу, но и собачку, медвежонка. Развивается подражательная игра. Ребенок начинает «читать» газету, «причесываться», «наряжаться» и т. д. В таких играх уже появляется и сюжет, состоящий из нескольких связанных между собой действий. При некотором руководстве взрослых ребенок проявляет интерес к действиям других детей, эмоционально общается с ними. Но по-прежнему велика потребность у ребенка в общении со взрослым. Его эмоциональное состояние, его активность, его развитие находятся в прямой зависимости от того, часто ли играют, разговаривают с ним взрослые.

У детей с ЗПР на втором году жизни в силу незрелости нервной системы у детей чаще наблюдается дисфункция созревания двигательных и общих психических функций (Журба Л. Г., Мастюкова Е. М., 1981), поэтому обычно в этом возрастном периоде речь идет об общей задержке психомоторного развития с большей выраженностью отставания психических функций. На втором году жизни у детей наблюдается задержка в развитии локомоторных функций. Ребенок начинает ходить на 1–3 мес. позже, чем здоровые дети. Кроме задержки статических и кинетических функций в этот возрастной период на первый план выступает недостаточность познавательной деятельности и речи. Наблюдаются снижение ориентировочно-исследовательской реакции, нарушение внимания, когда ребенок не может длительно сосредоточиться на предмете. В поведении отмечается отсутствие или недостаточность подражания взрослым. Игровая деятельность отличается некоторой стереотипностью, вялостью. Например, ребенок предпочитает играть с одной и той же игрушкой, отмечаются примитивные манипуляции. Наблюдаются выраженные затруднения приобретения навыков опрятности и самообслуживания. Ребенок не может пользоваться ложкой, не подносит ее ко рту; самостоятельно не ест. Отмечается запаздывание появления первых слов, недопонимание обращенной к нему речи (Мастюкова Е. М., 1992).

*Психологическая диагностика детей второго года жизни*

Как уже отмечалось выше, важную роль в психическом развитии детей второго года жизни играет развитие предметно-практических действий, поэтому процесс психологической диагностики должен проходить в контексте предметно-практической деятельности ребенка. Задания должны быть доступными, предъявляться в определенной последовательности (табл. 6–8).

Таблица 6

**Психологическая диагностика детей от 12 до 15 месяцев**

Задание	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Предложите ребенку кубики размером 8 см <sup>3</sup> . Покажите ему, как поставить один кубик на другой, чтобы сложить башню. Дайте ему возможность построить башню самостоятельно	Не тащит кубики в рот, не бросает кубики на пол, а в точности выполняет задание	Выполнение этого задания может вызвать существенные трудности. Например, когда взрослый показывает задание, может наблюдаться недостаточное сосредоточение, а в процессе выполнения самого задания могут наблюдаться нецеленаправленные действия в виде бросания, перекладывания кубиков из рук в руки
Для выполнения этого задания необходима доска с прорезями для трех геометрических фигур (круг, треугольник, квадрат). Место каждой фигуры на доске определяется соответствующей ее контуром ячейкой. На глазах у ребенка выньте три фигуры из ячеек и дайте круг в руки малыша: «Вложи этот кружок в отверстие доски, чтобы она была гладкой»	Справляется с заданием на вкладывание круга	Как и при выполнении предыдущего задания, наблюдается недоразвитие ориентировочной основы деятельности, возможны хаотичные манипуляции с предметами
<i>Тест с пирамидкой</i> Покажите ребенку правильно собранную пирамидку, а затем попросите его сделать такую же. В течение нескольких минут воздержитесь от подсказки и наблюдайте за самостоятельной работой малыша	Как правило, не учитывает размеры колец пирамидки и не соотносит их размеры по последовательности, однако успешно соотносит кольца пирамидки с местом	Охотно воспринимает задание, успешно разбирает и собирает пирамидку без учета величины, но может наблюдаться повышенная отвлекаемость. При выраженных формах ЗПР могут наблюдаться примитивные манипуляции с предметом

Таблица 7

**Психологическая диагностика детей от 15 до 18 месяцев**

<b>Задание</b>	<b>Здоровый ребенок</b>	<b>Ребенок с задержкой психического развития</b>
Предложите ребенку четыре кубика размером 8 см <sup>3</sup> и попросите его построить башню. Если самостоятельно он не может это сделать, покажите ему, как поставить один кубик на другой, чтобы сложить башню. Затем попросите его построить поезд (четыре кубика в ряд), мост (один кубик стоит на двух других). Каждый раз наблюдайте за действиями ребенка, не торопитесь поправлять его	Хорошим результатом для ребенка будет умение построить башню из трех-четырех кубиков	Может построить башню из кубиков в вертикальном положении. Отмечаются затруднения в горизонтальном расположении кубиков, конструирований дорожки, поезда. Затрудняется в обыгрывании постройки
<i>Тест с геометрическими фигурами</i> Используется доска, куб или шар с прорезями для круга, треугольника и квадрата. Вынимаете фигуры из прорезей и предлагаете ребенку вложить их обратно, чтобы доска была гладкой	Обычно вкладывает круг правильно, а на него накладывает две другие фигуры	Могут наблюдаться хаотичные манипуляции с фигурами. Не справляется с предложенным заданием
<i>Тест с пирамидкой</i> На глазах у ребенка рассыпаете пирамидку и просите его собрать ее вновь (пирамидка состоит из двух колец). Наблюдаете за самостоятельными действиями ребенка, способен ли он осуществлять целесообразную деятельность, обнаруживать ошибки и исправлять их	Собирает пирамидку, но учесть правильную последовательность еще не может, то есть собирает пирамидку без учета размеров колец	Успешно разбирает пирамидку, испытывает существенные трудности в учете размера колец. Наблюдается неустойчивость внимания при выполнении задания
<i>Развитие двигательной сферы</i> (крупной моторики)	Обычно может сам подниматься и спускаться по лестнице, может нести с собой игрушки, перешагивает через палку, лежащую на полу	Нередко наблюдается неустойчивая походка, трудности при ходьбе по лестнице, особенно при спускании. Движение слабо координированы
<i>Тест на оценку тонкой моторики пальцев рук</i> Дайте ребенку лист бумаги и мягкий карандаш. Покажите, как можно провести горизонтальную и вертикальную линии	Повторяет штрих, отдаленно напоминающий прямую линию	Затруднено проведение особенно горизонтальных линий. Карандаш удерживает в кулаке неуверенно

Задание	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
<i>Оценка развития памяти</i> Попросите ребенка выполнить несколько действий подряд: встать со стула, обойти стол кругом, взять книгу, передать ее маме	Уже может запомнить и воспроизвести 3–4 действия по памяти	Затруднено выполнение действия по памяти. Кроме того, может испытывать трудности при восприятии инструкции
<i>Оценка речевого развития</i> Покажите ребенку несколько простых предметов: бутылочку, куклу, машину, мяч, чашку. Спросите его: «Что это?»	Может называть как минимум один предмет	Может найти предметы по названию, но назвать их затрудняется в связи с недоразвитием экспрессивной речи

Таблица 8

**Диагностика психического развития ребенка от 18 месяцев до двух лет**

Задание	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
<i>Конструирование</i> Используйте те же кубики размером 8 см <sup>3</sup> в количестве 10 штук	Может самостоятельно построить башню из восьми кубиков, а после показа — построить поезд без трубы	Конструирование башни не вызывает существенных трудностей. Конструирование построек в горизонтальном направлении затруднено
<i>Восприятие формы</i> Использовать доску Сегена (с тремя геометрическими фигурами)	Справляется с заданием, правильно размещая на доске все три геометрические фигуры (круг, треугольник, квадрат). При этом результат может достигаться не сразу, ребенок может делать около четырех ошибочных проб	Воспринимает задание, но затрудняется в правильном соотнесении фигур. Наблюдаются значительное количество «пробующих» движений
<i>Восприятие величины</i> (тест с пирамидкой)	При небольших подсказках справляется с заданием, правильно называет два кольца на пирамидку с учетом размера. Но затрудняется, если видит перед собой больше двух объектов	Затруднено соотнесение колец по величине
<i>Бытовые навыки</i>	Может вставить ключ в замочную скважину, поворачивает ручку двери, нажимает на кнопку звонка, «кормит» и баюкает куклу, возит машину, надевает носки, туфли, штанишки	При выполнении всех этих действий могут наблюдаться нескоординированные движения, в результате чего все действия выполняются в замедленном темпе

Продолжение табл. 8

Задание	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
<i>Двигательная сфера</i> (крупная моторика)	Уже достаточно хорошо владеет своим телом. Может поднять игрушку с пола, нагнувшись; перешагивает через препятствия, чередуя шаг; попадает по мячу ногой; умеет ходить по поверхности шириной 15–20 см; может влезть на стул, чтобы достать игрушку	Наблюдаются скованные движения, что затрудняет овладение координированными движениями
<i>Тонкая моторика</i>	Может подражательно (после показа взрослым) повторять рисование вертикальных и круглых линий	Затруднено изображение линий, особенно круглых. При изображении вертикальных линий отмечаются некоторые стереотипии
<i>Память</i>	Может запомнить и повторить примерно четыре действия. Попросите ребенка выполнить несколько действий подряд: встать со стула, подойти к столику, взять со столика карандаш, принести карандаш и положить	Способен повторить отдельные действия, но простые по инструкции. Например, встать. Двухсложные действия (возьми и принеси) выполнять затрудняется
<i>Словарный запас</i> Покажите ребенку несколько простых предметов: бутылочку, куклу, ботинок, машину, мяч, чашку. Спросите его: «Что это?»	Называет от 2 до 5 предметов правильно	Название предметов, как правило, затруднено
<i>Узнавание изображений на картинке</i> Рассматривая книжку, покажите ребенку картинки, изображающие кошку, собаку, хлеб, петуха, платье, ложку... Спросите: «Где кошка?» или скажите: «Покажи мне кошку, платье и т. д.»	Может правильно указать на 5 картинок	Существенных трудностей это задание не вызывает, но количество узнанных предметов может быть меньше
<i>Назование изображений</i> Показывайте ребенку картинки, изображающие кошку, собаку, ложку, яблоко, чашку, машинку, стол, корабль, поезд, автобус, самолет, носки, ботинки, лимон, грушу, арбуз, мальчика, девочку, тетю, дядю,	Три-четыре картинки называет правильно	Затрудняется в названии предметов

Задание	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
бабушку, дедушку, утку, корову, лошадь, чайник, кастрюлю, кровать, нож, вилку, карандаш, газету, книгу. Спросите, показывая каждую картинку отдельно: «Что это?» или «Что тут нарисовано?»		
<i>Понимание речи взрослого</i> Попросите ребенка: «Дай маме мячик», «Положи его на стул», «Подними упавший кубик» и т. д.	Выполняет три-четыре простые инструкции	Затруднено понимание и выполнение простых инструкций. Это очень характерно для детей с ЗПР, что указывает на недоразвитие регулирующей функции речи

В процессе выполнения тестовых заданий необходимо обратить внимание на следующие особенности его эмоциональных и поведенческих реакций:

- склонность к уединению, то есть уходит от контакта с психологом;
- чрезмерно отвлекается;
- наблюдается избыточное качание всего тела (бессмысленные раскачивания);
- отмечается постоянное отсутствие тревоги при разлуке с родителями, особенно с матерью;
- часто раздражается, трудно поддается успокоению;
- наблюдается нарушение сна и бодрствования.

Наличие этих радикалов указывает на вероятность интеллектуальных и эмоциональных нарушений у ребенка и ЗПР.

*На третьем году жизни* продолжается совершенствование психологических функций. Удлиняется активное бодрствование до 6–7 часов в сутки. Ребенок может уже сдерживать свои эмоции и не плакать, даже если ему больно. Он становится более терпеливым и может дольше заниматься одним делом не отвлекаясь. Теперь ребенку трудно быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, например, сразу прекратить игру, чтобы пойти есть, или быстро ответить даже на хорошо знакомый вопрос. Успокоить ребенка этого возраста переключением его внимания становится трудно.

*Моторное развитие* становится более совершенным, что проявляется в большей согласованности в умении управлять



своим телом. Например, шаги при ходьбе становятся равномерными, исчезают лишние движения. Ребенок способен изменять темп ходьбы, пройти, например, по узкой доске, остановиться, развернуться, побежать. Он успешно осваивает велосипед, самокат. Совершенствуется тонкая моторика, что позволяет ребенку самостоятельно одеться, раздеться, умыться; рисовать карандашом, застегивать пуговицы, есть аккуратно и пользоваться столовыми приборами.

На третьем году жизни интенсивно формируется осознание ребенком себя как личности. Это проявляется в том, что ребенок уже сознательно говорит «я»: «Я не хочу, я не буду!», узнает себя в зеркале и на фотографии. В этот возрастной период часто проявляются негативизм, упрямство и возникают первые конфликты родителей с детьми. Словарный запас к трем годам достигает 1200–1300 слов, звукопроизношение становится более совершенным. Активно формируется играяя деятельность. Если на втором году жизни ребенок играл только с теми предметами, которые находились в поле его зрения, то теперь он может играть по предварительному замыслу, подбирая в соответствии с ним игрушки или какие-то предметы. Формируется игра по замыслу (построить гараж из кубиков, покормить куклу). К концу третьего года жизни любимыми играми детей становятся ролевые, когда ребенок принимает на себя определенную роль, изображая маму, папу, воспитательницу детского садика, и в точности повторяет позы, жесты, мимику, речь. Наличие ролевой игры является показателем новой ступени в умственном развитии малыша.

Совершенствуются сенсорно-перцептивные функции и мыслительные операции, что проявляется в:

- 1) назывании цвета, величины, формы, расположения предмета в пространстве (близко, далеко);
- 2) группировке предметов одного цвета, формы, размера;
- 3) сравнении по цвету, форме, размеру, весу; по времени (сегодня, завтра, вчера, поздно, потом, сейчас);
- 4) выделении основных свойств предметов (форма, величина, цвет);
- 5) координации движений рук и зрения;
- 6) формировании числовых представлений (много, мало, один, два, меньше, больше) (Люблинская А.А., 1965; Мухина В. С., 2006) (табл. 9, 10).

В процессе обследования необходимо фиксировать следующие особенности поведения ребенка:

- Наблюдается ли страх при предъявлении новых, незнакомых предметов?
- Как сосредоточивается на задании, часто ли отвлекается?
- Как реагирует на похвалу и поощрение?
- Проявляет ли избыточную активность в виде двигательной расторможенности, суетливости, полевого поведения?
- Какова речевая активность?
- Проявляет ли аффективные реакции (часто плачет, смеется, совершает разрушительные действия и др.)?

*Характерными признаками задержки психического развития детей* к трехлетнему возрасту являются следующие:

- недоразвитие речевых функций;
- недоразвитие навыков самообслуживания;
- недоразвитие познавательных процессов (восприятия, памяти, внимания);
- недоразвитие игровой деятельности;
- несформированность возрастных форм поведения.

Недоразвитие речи проявляется, как правило, в отсутствии фразовой речи, в ограничении словарного запаса, в аграмматизмах, в неправильном произношении, в трудностях речевого подражания: отсутствует или наблюдается ограниченный словарный запас, неправильное произношение, отсутствие речевого подражания (Р. И. Лалаева).

Недоразвитие навыков самообслуживания проявляется в неопрятности, в трудностях самостоятельного одевания, в процессе еды ребенок с ЗПР затрудняется пользоваться ложкой, салфеткой.

Игровая деятельность отличается примитивностью, однообразием сюжета, наблюдается замедленный темп ее развития.

Моторные функции могут оставаться незрелыми, выражены диспраксические отклонения (Н. В. Бабкина, Н. Ю. Борякова и др.).

### **3.4. Особенности психического развития детей с задержкой психического развития в дошкольном возрасте**

Дошкольный возраст является периодом интенсивного формирования психики ребенка. Развитие речевых функций у дошкольника в значительной степени способствует формированию общения со взрослыми и сверстниками. Активно формируются познавательные процессы и личность ребенка в целом.



## Диагностика психического развития детей от 2 до 2,5 года

Задание	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Предложите ребенку кубики размером 8 см <sup>3</sup> . Попросите его построить башню, поставив один кубик на другой. Далее покажите ребенку, как можно построить из кубиков поезд с трубы	Должен это сделать без показа. Строит поезд после показа (добавляет трубу), что указывает на развитие целенаправленности его поведения	Для успешного выполнения этого задания ребенку с ЗПР необходимо предварительно показать, как это надо делать. Регуляторная роль слова еще не играет важной роли в психическом развитии таких детей в отличие от здоровых сверстников. Может построить «поезд» из кубиков по подражанию, но не добавляет дополнительных деталей. Это подчеркивает недоразвитие целенаправленности, недостаточное развитие фантазии
<i>Дифференцировка геометрических форм</i> Используется доска с вырезанными на ней геометрическими фигурами (круг, треугольник, квадрат). Вывнув все геометрические фигуры из соответствующих ячеек, предложите ребенку найти место для каждой фигуры. Если у ребенка что-либо не получается, помогите ему. Далее, выные фигуры из отверстий и предложите ребенку самостоятельно выполнить задание	Правильно дифференцирует формы, что указывает на сформированность зрительного восприятия о форме, способности устанавливать сходство и различие	При выполнении этого задания не всегда сосредоточивается на инструкции психолога, делает много попыток без учета формы объектов. Это указывает на недоразвитие ориентировочных основы действия, внимания, что затрудняет правильную дифференцировку форм
<i>Дифференцировка величины</i> (Тест с пирамидкой) На глазах у ребенка снимите колпак с пирамиды и попросите его помочь собрать ее снова. Выполнение этого задания демонстрирует способность ребенка осуществлять систему целенаправленных действий, найти ошибки и исправить их	Хорошо справляется с заданием, действуя, как правило, методом проб и ошибок. Еще может перепутать верхние и нижние колпаки	Испытывает затруднения при выполнении задания, что указывает на недоразвитие целенаправленности действий, трудности понимания инструкции и трудности самоконтроля своих действий
<i>Развитие памяти</i> Попросите ребенка выполнить несколько действий подряд: встать со стула, подойти к столику, взять со столика карандаш и положить его на стул	Может запомнить и правильно выполнить 4–5 действий	Трудности последовательного воспроизведения этих действий из-за неустойчивости внимания. Может правильно выполнить 1–3 действия

<b>Бытовые навыки</b>	<p>Подражает большому количеству действий взрослых с предметами. Действует взаимосвязанно и последовательно (будит куклу, одевает, кормит и т. д.). Самостоятельно одевается, но еще не умеет завязывать шнурки, застегивать пуговицы. Выполнение этих действий демонстрирует умение осуществлять обобщение для достижения цели, координировать действия</p>	<p>Подражает отдельным действиям взрослого. Количество действий ограниченно, отмечается непоследовательные, хаотичные действия. Испытывает существенные трудности при застегивании пуговиц, завязывании шнурков из-за нарушений мелкой моторики</p>
<b>Словарный запас</b> Поставьте на стол несколько знакомых предметов: бутылочку, куклу, мяч, машинку, чашку, ложку.	<p>Называет правильно все предметы.</p> <p><i>Название изображений</i> Покажите ребенку картинки, изображающие кошку, собаку, хлеб, петуха, птичку, стол, корабль, поезд, автобус, грузовик, самолет, стул, гусь, утку, корову, лошадь, птицы, чайник, кастрюлю, сковородку, кровать, нож, вилку, карандаш. Спросите, показывая каждую картинку отдельно: «Что это?» или «Что тут нарисовано?»</p>	<p>Называет многие картинки из группы: животные, люди, посуда, одежда, мебель</p>
<b>Понимание инструкций</b> Предложите ребенку выполнить несколько простых инструкций: «дай маме мячик», «положи его на стол», «дай его мне», «подними уставший кубик», «принеси мне куклу» и т. п.	<p>Выполняет более 10 инструкций, демонстрируя понимание обращенной к нему речи</p>	<p>Может приставным шагом передвигаться через препятствия, расположенные на полу на расстоянии 20 см друг от друга.</p>
<b>Развитие крупной моторики</b> <i>Развитие мелкой моторики</i>	<p>Дайте ребенку карандаши и бумагу и предложите ему повторить после показа рисунок вертикальной, горизонтальной линий, круга, квадрата, треугольника. Попросите его скопировать изображение с образца (в этом случае он не должен видеть, как они были нарисованы)</p>	<p>Затрудняется в назывании предметов, хотя может правильно их показывать по просьбе взрослого.</p> <p>Трудности называния предметных картинок, хотя может их показать по инструкции психолога</p> <p>Затруднено понимание речевых инструкций, особенно состоящих из трех и более слов. Понимание инструкций улучшается, если дополнительно использовать жесты</p> <p>Затрудняется в перешагивании через препятствия. Умение двигаться при-ставным шагом не сформировано.</p> <p>Затруднено копирование линий, линии нечеткие, трепомор при выполнении за-даний. Вертикальные линии контирует лучше, чем горизонтальные. Не сообла-гает пропорции, вертикальная линия выходит за пределы листа бумаги</p>

## Диагностика психического развития детей с 2,5 до 3 лет

<b>Задание</b>	<b>Здоровый ребенок</b>	<b>Ребенок с задержкой психического развития</b>
<b>Восприятие</b> Задание 1. Складывание кубиков. Определяет степень развития восприятия, способность осуществлять самостоятельный контроль за процессом выполнения задания. Предложите ребенку построить из 9 кубиков (размером 8 см <sup>3</sup> ) башню.	Выполняет это задание без предварительного показа. Далее, после показа, делает модель позднее с трубой и строит, также после показа мост.	Затрудняется в выполнении задания по речевой инструкции. Способен выполнить задание по подражанию.
<b>Задание 2. Предложите ребенку знакомую для него доску с вырезанными фигурами (круг, треугольник, квадрат), но теперь каждая фигура состоит из двух частей</b>	Воспринимает задание, соотносит фигуры с местом, но иногда затрудняется в их сложении из частей. После показа психолога, как правило, успешно справляется с заданием выше	Самостоятельно выполняет эти задания затрудняется, но пытается соединить часть фигуры с местом, хотя без учета формы. После прямого показа психолога эффективность выполнения заданий выше, однако затрудняется в сложении фигур из двух частей
<b>Лидеренцировка величины предмета</b> Тест с пирамидкой	Самостоятельно собирает пирамидку из нескольких колец, ориентируясь на их размер	Самостоятельно разбирает и собирает пирамидку, но затрудняется в распределении колец по величине
<b>Память</b> Попросите ребенка сказать вам, с кем он живет дома, что он ел на завтрак, во что любит играть, а также повторить фразу: «Летом в лесу было много грибов и ягод»; а затем повторить подряд три цифры: 2, 5, 9	Хорошо отвечает на вопросы, повторяет фразу из 6–7 слов, а также повторяет три цифры подряд	Затруднено повторение фразы из 6–7 слов. Наблюдаются аграмматизмы. Часто отвлекается в процессе инструкции. Объем памяти снижен
<b>Задание на развитие пространственных представлений</b> Сядьте с ребенком за стол напротив друг друга. Разложите по две одинаковые игрушки перед собой и перед ребенком: кукла справа, медвежонок слева от вас	Здоровый ребенок 2,5–3 лет выполняет задания с некоторой помошью, может ошибаться в 1–2 направлениях.	Затруднено воспроизведение пространственных отношений, особенно по словесной инструкции

Затем скажите: «Медвежонок с куклой пошли гулять», убираете со стола свои игрушки и игрушки ребенка. Далее подсадите перед собой куклу слева, а медвежонка справа и попросите, чтобы ребенок сделал так же

#### *Оценка словарного запаса*

Называет все предметы, изображенные на картинках (от 10 до 15 предметов)

#### *Развитие двигательной сферы*

Оценка крупной моторики

Может выполнять следующие действия: присесть несколько секунд на одной ноге, поднимаясь вверх по лестнице, ставить по одной ноге на каждую ступеньку; спускаться, ставить на ступеньку обе ноги; прыгать на двух ногах; ездить на трехколесном велосипеде.

#### Оценка тонкой моторики

Ребенок уже может после показа нарисовать круг; крест, человечка, правда, пока без туловища.  
Следует иметь в виду, что успехи в рисовании очень сильно зависят от обучения: если ребенок никогда раньше не видел, как держат карандаш, он вряд ли выполнит эти задания

Может дать картинку с изображенным предметом по инструкции, но затрудняется в их названии

Затруднено выполнение двигательных проб. При выполнении заданий отмечается скованность, неудовольствие движений. Затруднено формирование двигательных умений (сезда на велосипеде).

Затруднено выполнение рисуночных тестов. Изображения вертикальных и горизонтальных линий может быть доступно, но затрудняется использовать это умение при изображении квадрата. Линии неровные, нередко заходит за пределы листа бумаги

#### Особенности общения

В процессе общения со взрослыми и детьми ребенок двух-трех лет должен здороваться и проползаться, употреблять слова, выраждающие просьбу, благодарность (спасибо, пожалуйста), проявлять внимание, сочувствие к другим детям (делиться игрушками, угощать, уступать), отзываться на просьбу другого ребенка, помочь ему

Особых трудностей в процессе общения со взрослыми и детьми не наблюдается. В связи с недоразвитием речи возможны трудности усвоения слов (спасибо, пожалуйста и др.)



Психологическая диагностика детей дошкольного возраста может проходить в форме психометрического тестирования, нейропсихологического обследования и др. Однако, как уже подчеркивалось выше, применение тестов не является необходимым условием психологического диагноза, и сами тесты не всегда выполняют диагностическую функцию. Важную диагностическую информацию можно получить и с помощью метода направленного наблюдения за ребенком. Нами разработана шкала оценки особенностей психического развития ребенка-дошкольника (Мамайчук И. И. и др., 1984). Она позволяет использовать функциональные пробы (тесты) не только для оценки развития ребенка, но и для оценки уровня развития его психических функций на основе наблюдения в процессе деятельности (Мамайчук И. И., 1984, 1997). Шкала апробирована и широко используется в клинической и педагогической практике. В данной шкале выделяются следующие диагностические блоки: 1) развитие моторики; 2) развитие сенсорно-перцептивных функций; 3) особенности умственного развития; 4) игровая деятельность; 5) навыки самообслуживания (табл. 11, 12).

Таблица 11

**Показатели психического развития здоровых детей и детей с задержкой психического развития в возрасте четырех лет**

Функция	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Развитие моторики	<p>Ходит и бегает со свободными движениями рук. Координированная работа рук и ног. При ходьбе не шаркает ногами. Умеет бросать мяч двумя руками. При прыжках в высоту опускается на полусогнутые ноги. При подскоках отрывает ноги от пола. Умеет сдерживать движения по сигналу.</p> <p>Любит играть со строительным материалом. Может самостоятельно завести механическую игрушку. Умеет правильно держать карандаш и самостоятельно проводить вертикальные и горизонтальные линии</p>	<p>В процессе ходьбы отмечаются скованные движения, что проявляется в шаркающей походке.</p> <p>Координация движений рук и ног нарушена.</p> <p>При подскоках затруднено отрывание ног от пола, ребенок часто приседает, имитируя подскоки. Сдерживание движений по сигналу «стоп» затруднено.</p> <p>Может предпочитать строительные игры, но в процессе конструирования движения рук некоординированы. Удерживает карандаш и может проводить линии, но отмечаются слабый на jaki, нарушение плавности и ритма движений</p>

Продолжение табл. 11

Функция	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Сенсорно-перцептивная деятельность	Правильно дифференцирует цвета и оттенки, знает название шести основных цветов. Различает и называет геометрические фигуры. Различает пространственные отношения: около, рядом, за, между, перед. Умеет соотносить предметы по длине, высоте и ширине. Узнает бытовые предметы на ощупь	Дифференцирует цвета и оттенки по подобию, иногда затрудняется в их названии. Дифференцирует простые геометрические фигуры по подобию, путает их названия, не использует их в процессе рисования и конструирования. Затруднено соотнесение предметов по величине, при наводящей инструкции психолога с заданием справляется. При ощупывании предметов отмечается замедленный темп выполнения заданий, допускает ошибки при словесном обозначении сязаемых предметов
Интеллектуальная деятельность	Знает «много», «один», «мало». Самостоятельно считает до пяти. Знает времена года, ориентируется во времени (день, ночь, утро, вечер). Часто задает вопросы: что, зачем, когда, почему? Активно рассматривает сюжетные картинки, при наводящих вопросах называет сюжет. Внимательно слушает сказки, смотрит телевизионные передачи. Речь фразовая, улучшается произношение, уменьшается физиологическое косноязычие	Если с ребенком занимались, то он правильно дифференцирует количество (много, мало, один), а также может правильно называть времена года. Редко, а то и совсем не задает вопросы. Недлительно сосредоточивается на задании (например, рассматривание картинки, прослушивание сказки), часто отвлекается. Затруднено называние сюжета картинки, опирается на отдельные детали. Речевое развитие отстает от возрастной нормы. Речь односложная, наблюдаются нарушения произношения звуков, что может быть обусловлено дизартрией или другими речевыми нарушениями
Игровая деятельность	Появляется сюжетно-ролевая игра в небольшой группе детей (2–3 человека) с продолжительностью 10–30 минут. Устойчивый интерес к играм (любимые игры). Может больше 10 минут заниматься конструированием. Строит разнообразные сооружения, обыгрывает их	В процессе игровой деятельности наблюдается бедность и однообразие сюжета игры, предпочитает подвижные игры сюжетно-ролевым. Продолжительность игр короткая, часто отвлекается на другие игры и задания. Конструктивная деятельность резко задержана. Постройки отличаются однообразием (например, башни, дорожки). В процессе конструирования не выделяет форму. Часто отсутствует предварительный замысел постройки

Окончание табл. 11

Функция	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Навыки самообслуживания	Самостоятельно одевается, умеет застегивать пуговицы, молнии, с помощью взрослого завязывает шнурки. Самостоятельно ест, правильно держит вилку, ложку. Самостоятельно умывается	Навыки самостоятельности могут быть сформированы, однако выполнение отдельных действий (застегивание пуговиц, завязывание шнурков и др.) остается недоступным в течение длительного времени

Итак, в данном возрастном периоде задержка психического развития у ребенка может проявляться в недоразвитии психомоторных, речевых функций. Это негативно отражается на развитии игровой, сенсорно-перцептивной, интеллектуальной деятельности дошкольника с ЗПР. Следует обратить внимание на то, что уже в этом возрасте необходимо обратить внимание на форму ЗПР.

Таблица 12

## Показатели психического развития детей пятилетнего возраста

Функция	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Развитие моторики	Движения рук и ног хорошо координированы. Самостоятельно бегает по кругу, при ходьбе держит голову прямо. Может ходить по доске или скамейке (высота 30 см, ширина 20 см). Прыгает с высоты без боязни. Движения пальцев рук четко координированы, свободно рисует линии в горизонтальном и вертикальном направлениях	При ходьбе опускает голову, движения рук и ног недостаточно координированы. При ходьбе на скамейке наблюдается напряжение, пытается ходить боком, приставляя ноги. Во время прыжков заметно напряжение, страх. Движения пальцев рук слабо координированы, особенно при рисовании, конструировании, собирании мелких предметов
Сенсорно-перцептивная деятельность	Знает названия цветов и оттенков, использует их в процессе рисования и конструирования. Соотносит с местом геометрические сложные фигуры, знает названия основных фигур. Соотносит предметы по величине в убывающем и возрастающем порядке. При осознательном восприятии тщательно обследует фигуру, выделяет наиболее характерные ее части. Ориентируется в сторонах собственного тела. Правильно показывает и называет сторону тела собеседника	Знает названия цветов, правильно их дифференцирует, но недостаточно использует их в процессе рисования и конструирования (часто использует 1–2 цвета). При соотнесении сложных форм с местом наблюдается значительное число «пробующих движений» (недоразвитие ориентировочной основы деятельности). Может правильно ориентироваться в сторонах собственного тела, но затруднена ориентировка в сторонах тела собеседника. Выраженное отставание в развитии изобразительной и конструктивной деятельности

Окончание табл. 12

Функция	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Умственное развитие	Считает до пяти и умеет сравнивать количества. Формируются обобщающие понятия: «мебель», «транспорт», «овощи», «фрукты» и др. Устанавливает причинно-следственные связи в рассказе, пересказывает сюжет, выделяет существенное звено. Речь фразовая, грамматически оформленная	Порядковый счет сформирован, но испытывает затруднения при сравнении количеств, особенно если они расположены в разной конфигурации или разной величины. Затруднено пересказывание рассказа, но по наводящим вопросам воспроизводит сюжет. Речь фразовая, но могут наблюдаться аграмматизмы и нарушения фонематической стороны речи
Поведение	Сформировано умение подчинять свои желания требованиям взрослых, порядкам детского коллектива. Наблюдаются зачатки ответственности за порученное дело, стремление быть полезным. Овладевает правилами взаимоотношений	Может подчинять свои желания требованиям взрослых, но могут наблюдаться аффективные реакции (негативизм, упрямство, протест и др., особенно при переутомлении). Недостаточно владеет правилами взаимоотношений с окружающими, может проявлять эгоцентризм, эмоциональное замыкание, агрессивность
Навыки самообслуживания	Умеет правильно пользоваться предметами домашнего обихода, поддерживать установленный порядок (убирать за собой игрушки, посуду со стола). Самостоятельно одевается, застегивает мелкие пуговицы, завязывает шнурки	В целом правильно пользуется предметами домашнего обихода, но не проявляет инициативы для соблюдения порядка. Может самостоятельно одеваться, но затрудняется в застегивании пуговиц и др.

В возрасте пяти лет уже более отчетливо проявляется форма задержки психического развития. У детей с психическим инфантилизмом, психогенной и соматогенной формами ЗПР наблюдаются отчетливые нарушения в поведении, что проявляется в повышенной аффектации, в снижении навыков самоконтроля, в наличии патохарактерологических реакций. Однако такие поведенческие особенности могут наблюдаться и у детей с ЗПР церебрально-органического генеза. В отличие от остальных форм ЗПР у детей этой формы отмечается недоразвитие познавательных процессов и речи. Особое внимание психолог должен обратить на особенности развития восприятия дошкольников с ЗПР. Их восприятие отличается ограничен-



ным объемом (при наличии вполне нормальных зрения и слуха). В воспринимаемом объекте дети выделяют гораздо меньше признаков, чем их здоровые сверстники. Многие стороны объекта, данного в непривычном ракурсе (например, в перевернутом виде), дети могут не узнать, они с трудом выделяют объект из фона, многие стороны объекта воспринимаются ими искаженно. Особенно наглядно проявляется недоразвитие восприятия объектов в осязательной модальности. Наши исследования показали, что у детей с ЗПР наблюдаются увеличение времени узнавания осязаемой фигуры, трудности обобщения осязательных сигналов, словесного и графического отображения предметов (Мамайчук И. И., 1978) (табл. 13).

Таблица 13

## Показатели психического развития детей шести лет

Функция	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Моторика	Движения становятся более энергичными и точными, приобретают легкость и изящество. Ребенок увлечению прыгает с разбега в высоту и длину. При метании предметов размахивается. Ловит одной рукой мяч. Умеет ходить боком по скамейке. Умеет подпрыгивать на месте, чередуя ноги. Свободно рисует карандашами и красками. Вырезает ножницами различные формы	В некоторых случаях сохраняется замедленность и неловкость движений. Наблюдаются трудности при прыжках в высоту и длину. Затрудняется ловить мяч одной рукой. При отталкивании мяча не вытягивает руки вперед. При ходьбе боком по скамейке наблюдаются замедленные движения. Подпрыгивать на месте затрудняется. Испытывает существенные трудности при вырезании предметов, даже прямолинейных форм
Сенсорно-перцептивная деятельность	Планомерно обследует предмет в процессе осязательного и зрительного восприятия. Знает название не эталонных геометрических форм (oval, ромб, прямоугольник) и цветовых оттенков (голубой, розовый, серый, фиолетовый). Составляет сериационный ряд из предметов разной величины, ориентируясь только на размер предмета	В процессе зрительного и осязательного восприятия наблюдаются трудности планомерного обследования предметов. Отмечаются игровые, хаотичные действия с предметами, что снижает эффективность их восприятия. Путает названия не эталонных геометрических форм и цветовых оттенков. Испытывает существенные трудности при составлении сериационного ряда из предметов разной величины. Наблюдается нецеленаправленный способ работы, недоразвитие самоконтроля своих действий

*Глава 3. Возрастные особенности детей с задержкой психического развития ...*

*Продолжение табл. 13*

Функция	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Интеллектуальная деятельность	<p>Умеет считать в пределах 10, отсчитывает по два, три предмета. Овладевает элементарным сложением и вычитанием на наглядном уровне. Формируется понятие деления предметов на разные части.</p> <p>Называет последовательно дни недели, времена года. Сформированы видовые и родовые представления (назови какую знаешь мебель, как называть одним словом стол, шкаф и др.). Обобщает предметы методом исключения (из четырех, пяти предметов). Составляет последовательные умозаключения по картинкам (2–4 картички).</p> <p>Пересказывает текст рассказа, сказки. Умеет рассуждать по поводу наблюдаемых явлений. Словарный запас богатый, речь фразовая, без косноязычия</p>	<p>Может считать до 10, но испытывает некоторые трудности при отсчитывании предметов. На наглядном уровне ребенок может овладеть операциями сложения и вычитания, деления предметов.</p> <p>Знает времена года, дни недели. Родовые и видовые представления сформированы. Правильно обобщает методом исключения из четырех предметов, но мотивировка ответов нечеткая. Составляет последовательные умозаключения в рассказах, но с предварительной инструкцией психолога.</p> <p>Затруднено пересказывание рассказа, сказки в связи с ограниченным словарным запасом, в отдельных случаях в связи с недоразвитием лексико-грамматического строя языка</p>
Игровая деятельность	<p>Проявляются устойчивые интересы в игре. Есть любимые роли, любимые игры. Сюжет игр приобретает наибольшую полноту, яркость, выразительность, в них наиболее полно отражается жизнь взрослых.</p> <p>Предпочитает групповые игры</p>	<p>Интерес к игре имеется. Сюжет игры может быть однобразным.</p> <p>Предпочитает индивидуальные игры групповым. В процессе групповых игр занимает зависимую позицию. Игры непродолжительные, отсутствует предварительный замысел. Не проявляют активности и самостоятельности в групповых играх</p>
Поведение	<p>Согласует свои действия с другими детьми. Соблюдает правила поведения не только по привычке, но и сознательно, при этом следит за другими детьми</p>	<p>Может проявлять безудержность эмоций. При возникновении конфликтов со сверстниками возможна аффективная разрядка в виде вспышек гнева, громкого плача. Затруднено выполнение правил поведения. Могут наблюдаться устойчивые негативные отношения к процессу общения со сверстниками. При проявлении негативных реакций они более сдержаны, не склонен проявлять интерес к совместным играм, ведет себя пассивно, безразлично. Часто отказывается посещать детский сад</p>

Функция	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Навыки самообслуживания	Практически все умеет делать самостоятельно (одеваться, умываться, правильно пользоваться столовыми приборами). Поддерживает чистоту и порядок в своей комнате или группе	Навыки самостоятельности активно формируются, но отмечается замедленный темп выполнения действий по самообслуживанию. Медленно одевается, умывается, ест. В некоторых случаях, наоборот, старается все сделать быстро, но результат таких действий неудовлетворительный. Не проявляет инициативы к самообслуживанию

В данном возрастном периоде форма задержки психического развития проявляется достаточно четко. У детей с ЗПР церебрально-органического генеза наблюдаются существенные трудности в развитии зрительно-пространственных функций, что находит выражение в рисунках и конструкциях. Кроме того, у них отмечаются неустойчивость внимания, своеобразные поведенческие реакции с выраженным аффективными проявлениями. Снижение эффективности восприятия предметов приводит к недостаточной дифференцированности представлений. Недостаточность представлений ограничивает возможности наглядного мышления. Детям с ЗПР уже в этом возрастном периоде доступны обобщения. Они выделяют существенные признаки в процессе обобщения, однако из-за недоразвития речи и ограниченности представлений об окружающем мотивируют ответы нечетко.

У детей с другими формами ЗПР выраженного недоразвития сенсорно-перцептивных функций не наблюдается. Однако в отличие от здоровых сверстников у них обнаруживаются выраженные эмоционально-волевые нарушения, сниженная познавательная активность и недоразвитие игровой деятельности. Родители и педагоги часто отмечают поведенческие особенности ребенка, а уровень развития познавательных процессов нередко остается вне поля их внимания (табл. 14).

Итак, у детей с ЗПР в дошкольном возрасте недоразвитие игровой деятельности проявляется в том, что дошкольники с ЗПР не принимают предложенную им игровую роль, затрудняются в соблюдении правил игры, что имеет большое значение в подготовке к учебной деятельности. Дети чаще предпочитают подвижные игры,ственные младшему возрасту. В процессе сюжетно-ролевой игры возможны соскальзывание на стерео-

типы действия с игровым материалом, трудности выполнения определенных действий. Задержка в развитии игровой деятельности наблюдается при всех формах ЗПР (Слепович Е. С., 1989; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004 и др.).

*Таблица 14*

**Показатели психического развития детей седьмого года жизни**

Функция	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
Развитие моторики	Умеет ходить на лыжах, кататься на коньках, самокате, двухколесном велосипеде. Учится плавать, играть в бадминтон, теннис. Умеет работать с ножницами, бумагой, картоном, тканью, вдеть нитку в иголку, пришить пуговицу, пользоваться пилой и молотком	Выполнение мелких движений затруднено, затруднено обучение ребенка кататься на велосипеде, отмечаются некоординированные движения ног, нарушение равновесия
Сенсорно-перцептивная деятельность	Правильно различает сложные геометрические формы, указывает на их различие и сходство. Успешно использует цвета и формы в процессе конструктивной и изобразительной деятельности	В процессе дифференцировки сложных геометрических форм наблюдаются хаотичные способы работы, без предварительной ориентировки в задании. Характерно недоразвитие конструктивной и изобразительной деятельности
Интеллектуальная деятельность	Решает простые задачи со сложением и вычитанием. Правильно дифференцирует количество независимо от формы, величины и пространственного расположения объектов. Сформировано обобщение, правильно мотивирует ответы. Классифицирует предметные картинки по их назначению, называет видовые и родовые признаки. Устанавливает причинно-следственные отношения в рассказах, выделяет существенное звено. Самостоятельно может придумывать сказки, рассказы. Знает буквы, читает слоги, может самостоятельно прочитать простой текст	Затруднено решение задач без опоры на наглядность. Порядковый счет сформирован, но при дифференцировке количества с трудом переключается на один признак, иногда соскальзывает на форму или цвет объектов. При обобщении методом исключения ориентируется на существенный признак предмета, но мотивировка ответа недостаточно четкая. Составляет последовательные умозаключения в рассказах средней трудности, выделяет причинно-следственные отношения, но затрудняется в составлении развернутого рассказа. Затруднено соединение знакомых букв в слоги, иногда путает похожие по звучанию или очертанию буквы. Процесс чтения формируется медленней
Игровая деятельность	Создает план игры. В процессе игры способен обобщать, анализировать свою деятельность. Может играть по нескольку дней, обогащая	Сформирована сюжетно-ролевая игра. Предпочитает любимые игры. Склонен к индивидуальным или парным играм. Сюжет

Окончание табл. 14

Функция	Здоровый ребенок	Ребенок с задержкой психического развития
	замысел игры. Предпочитает групповые игры индивидуальным	игры недостаточно развернут, наблюдаются повторения сюжета, подражательность
Поведение	Способен оценивать свои и чужие поступки, однако в оценках ориентируется на взрослого. Укрепляются навыки общественного поведения: первыми здороваются, благодарят за оказанную помощь, бережно относятся к вещам	В оценках окружающих ориентируется на взрослых или авторитетных детей. Склонность к подражательному поведению, аффективным реакциям. В некоторых случаях отмечается избирательное поведение: примерно-послушное в детском саду и неустойчивое или эгоцентрическое в домашних условиях
Навыки самообслуживания	Может выполнять длительные индивидуальные поручения (убирает групповые комнаты, ухаживает за растениями). Умеет пришивать пуговицы, мальчики умеют пользоваться столярными инструментами. Свободно владеет ножницами	Навыки самообслуживания сформированы: самостоятельно одевается, умывается, ест. Однако при выполнении поручений не проявляет инициативы, самостоятельности. Склонен к недлительному со средоточению на задании. Затруднено овладение ножницами, шитьем в связи с недоразвитием мелкой моторики

Дошкольникам с ЗПР свойственна недостаточная познавательная активность, которая нередко сочетается с быстрой утомляемостью и истощаемостью. Все это может серьезно тормозить эффективность развития и обучения. Быстро наступающее утомление приводит к снижению работоспособности, что негативно отражается на усвоении учебного материала.

Недоразвитие обобщенности, предметности и целостности восприятия сказывается на формировании зрительно-пространственных функций. Это наглядно проявляется в таких продуктивных видах деятельности, как рисование и конструирование.

Недоразвитие эмоционально-волевой сферы обусловливает особенности поведения дошкольников с ЗПР. Они не держат дистанцию со взрослыми, могут вести себя навязчиво, бесцеремонно, трудно подчиняются правилам поведения в группе; редко завязывают длительные и глубокие отношения со своими сверстниками.

Для дошкольников с ЗПР, особенно к концу дошкольного возраста, характерна значительная неоднородность нарушенных и сохранных звеньев в структуре психической деятельности. Наи-

более нарушенной оказывается эмоционально-личностная сфера, а также такие характеристики деятельности, как познавательная активность, целенаправленность, контроль, работоспособность при относительно высоких показателях развития мышления. Однако задержка психического развития не всегда распознается в дошкольном периоде. Психологическая диагностика ЗПР требует от психолога хороших профессиональных навыков. Клинико-психологическое обследование детей с ЗПР является чрезвычайно сложным. Это обусловлено наличием у большинства детей речевых, эмоционально-волевых и нередко двигательных, интеллектуальных, речевых и сенсорных нарушений. Поэтому обследование детей с ЗПР должно быть направлено на качественный анализ полученных экспериментальных данных.

Предъявляемые ребенку задания должны быть адекватны не только его хронологическому возрасту, но и уровню его сенсорного, моторного и интеллектуального развития. Сам процесс обследования необходимо проводить в форме игровой деятельности, доступной ребенку. Учитывая тормозящую роль сенсорных дефектов в умственном развитии дошкольников с ЗПР, основное внимание при психологическом обследовании следует уделять уровню развития *сенсорно-перцептивных функций*. Для определения уровня перцептивного развития у детей с ЗПР используются различные диагностические методики, широко применяемые в отечественной и зарубежной психологии.

На первых этапах обследования рекомендуется исследовать особенности развития зрительного восприятия: формы, цвета, величины и пространственных отношений предметов; уровень развития осязательного восприятия предметов: формы, фактуры, веса; уровень сформированности конструктивных и графических навыков и умений.

При исследовании особенностей сенсорного и интеллектуального развития дошкольников с ЗПР важен не столько результат выполнения заданий, сколько способ их выполнения.

Для проведения обследования необходимо иметь следующее оборудование и материал: детский стол и стул. Материал для обследования: доска Сегена; четырехцветные блоки и такого же цвета доска к ним; кубики Кооса (детский двухцветный вариант); лото «цвет и форма», «цвет и количество»; набор объемных и плоских фигур для осязания; предметные картички; набор карточек для исследования обобщений методом исключения; цветные карандаши, альбомы для рисования.



В процессе обследования ребенок должен чувствовать доброжелательное отношение к нему. Не рекомендуется предъявлять ему сразу все игрушки. Чтобы вызвать интерес к занятию, можно предложить ребенку привлекательную игрушку, например красивую пирамидку, матрешку или доску с цветными шарами. Во время свободной игры психолог фиксирует следующие моменты: как проявляет ребенок интерес к игрушкам, как длительно ими занимается, правильно ли использует игрушку.

После наблюдения ребенку предлагаются следующие задания.

### *Восприятие формы на доске Сегена*

Перед началом обследования психолог показывает ребенку собранную доску Сегена, затем раскладывает фигуры на столе и предлагает положить их на место. Результаты выполнения заданий оцениваются по пятибалльной системе в зависимости от сложности задания и способов их выполнения, разработанной нами (Мамайчук И. И., 1976).

### **Шкала оценок**

0 – Хаотично располагает геометрические фигуры на доске Сегена без учета их формы.

1 – Правильно соотносит две контрастные фигуры (квадрат и круг), но не называет их.

2 – Правильно соотносит четыре фигуры (квадрат, круг, треугольник, овал), но затрудняется в их названии.

3 – Правильно соотносит все фигуры на доске Сегена и знает название двух фигур (например, квадрат и круг).

4 – Правильно называет четыре фигуры и соотносит все фигуры на доске Сегена.

5 – Правильно соотносит все фигуры и знает название шести фигур (квадрат, круг, треугольник, овал, ромб, прямоугольник).

Здоровые дети с 2,5–3 лет правильно соотносят фигуры на доске Сегена, а концу дошкольного возраста правильно их называют. Дети с ЗПР справляются с заданием с 4–5 лет, однако испытывают некоторые трудности в словесном обозначении фигур.

## *Восприятие цвета предметов*

Психолог предлагает ребенку расположить цветные шары или кубики на доске, разделенной на четыре части соответственно основным цветам: красный, желтый, зеленый, синий.

### **Шкала оценок**

0 — Хаотично располагает шары на доске без учета их цвета.

1 — Правильно соотносит на доске шары одного или двух цветов.

2 — Правильно соотносит с местом на доске четыре основных цвета, но путает их названия.

3 — Правильно располагает на доске шары по цвету и знает название двух цветов.

4 — Правильно располагает на доске шары по цвету и правильно называет все четыре цвета.

5 — Правильно называет шесть цветов и оттенков: красный, синий, желтый, голубой, коричневый, розовый, оранжевый.

Здоровые дети уже в трехлетнем возрасте успешно справляются с заданиями на соотнесение цветов, в четырехлетнем возрасте знают названия основных четырех цветов, к концу дошкольного возраста — название оттенков.

Дети с ЗПР, как правило, трудностей при соотнесении цветов по подобию не испытывают, но путают их названия.

## *Восприятие величины предметов*

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

### **Шкала оценок**

0 — Хаотично манипулирует с двухсоставной матрешкой, неправильно соотносит части по величине.

1 — Различает два контрастных по величине предмета и правильно называет их (собирает двухсоставную матрешку и называет «большая и маленькая»).

2 — Собирает трехсоставную матрешку и правильно называет большую, маленькую и самую маленькую.



3 – Правильно с первой попытки соотносит с местом десять цилиндриков или плоских предметов по диаметру.

4 – Правильно с первой попытки соотносит цилиндики по толщине, называет самый толстый и самый тонкий.

5 – Правильно соотносит цилиндики только по высоте или составляет сериационный ряд из палочек в возрастающем порядке.

Выполнение этих заданий не вызывает особых затруднений у здоровых дошкольников с четырехлетнего возраста. Однако соотнесение цилиндриков только по высоте или палочек по длине, в случае когда исключается контроль правильности выполнения заданий, вызывает еще некоторые затруднения у здоровых дошкольников в пятилетнем возрасте. Различение контрастных предметов по величине (первое и второе задания) не вызывает особых трудностей у детей с ЗПР, но при соотнесении предметов с местом с учетом величины (третье и другие задания) у большинства детей отмечается хаотичный, бесплановый способ работы, они правильно соотносят только контрастные величины. Однако при дополнительной инструкции «Возьми самый большой цилиндр и поставь его в самое большое отверстие» дети с заданием справлялись и успешно переносили усвоенный способ работы на следующие задания.

### *Осязательное восприятие предметов*

Исследование особенностей осязательного восприятия у дошкольников с ЗПР рекомендуется начинать с игры в «волшебный мешочек». Однако психолог должен ориентироваться не только на правильное называние осязаемой фигуры, но и на способы ее обследования, поэтому можно использовать в процессе исследования особенностей осязания специальную ширму. Набор фигур для осязания состоит из следующих предметов:

- объемные деревянные предметы (яйцо, катушка, груша, бутылка, гриб, кольцо и т. д.);
- геометрические фигуры одинаковой фактуры (куб, квадрат, шар, круг, треугольник, цилиндр и т. д.);
- предметы различной фактуры (металлические шарики, шар, сшитый из шерстяной ткани, стеклянная бутылочка, деревянная бутылочка и др.).

В процессе обследования психолог должен требовать от ребенка правильного названия предмета, а в случае затруднения

предложить ему сопоставить (отождествить) предмет со знакомыми бытовыми объектами. Кроме того, необходимо следить за движениями рук ребенка в процессе ощупывания.

### **Шкалы оценок**

Словесное обозначение объектов

0 – Не называет предмет или дает ему неправильное название.

1 – Называет правильно отдельные части фигуры (например, у осозаемой катушки выделяет в слове круги; у гриба – шляпку, у пирамидки – кольца и т. д.).

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

3 – Правильно называет предъявленную фигуру.

Осязательное обследование предложенных объектов

0 – Ребенок при первом соприкосновении с фигурой, предложенной ему, манипулирует с нею в виде постукиваний, катаний по столу, перекладывании из рук в руки и т. д.

1 – Держит фигуру неподвижно, не производит никаких обследовательных действий.

2 – Производит ощупывающие движения ладонной поверхностью руки или всеми пальцами.

3 – Указательным пальцем правой или левой руки водит по контуру фигуры, вторая рука ее удерживает.

Анализ способов осозания предметов ребенком позволяет психологу выявить уровень развития перцептивных действий. Перцептивное действие (действие восприятия) осуществляется при помощи сенсорно-двигательной интеграции, а при их недоразвитии у детей с ЗПР наблюдаются затруднения в соотнесении частей воспринимаемого предмета в целостный образ.

### *Исследование конструктивной деятельности*

При исследовании конструктивной деятельности ребенку предлагаются следующие задания:

- конструирование объемных построек из цветных кубиков одинаковой величины с помощью образца-рисунка;
- выкладывание по рисунку определенных плоскостных фигур из цветных кубиков с выкрашенными в разные цвета сторонами;



- задания по конструированию по методике Кооса (используются пять первых вариантов этой методики: двухцветные кубики).

### **Шкалы оценок**

Конструирование объемных построек из кубиков с помощью рисунка-образца

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

2 — Строит «двуэтажную башню» из трех кубиков соответственно двум цветам (например, красный и желтый).

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

4 — Строит «трехэтажную» постройку сложной конфигурации из кубиков четырех цветов.

5 — Строит «четырехэтажную» постройку из восьми четырехцветных кубиков.

Выкладывание фигур на плоскости по образцу-рисунку

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

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

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

4 — Складывает четыре кубика так, что получается ромб.

Конструирование по методике Кооса

1 — Складывает квадрат из четырех кубиков двух цветов с вписанным в него треугольником с образца-рисунка.

2 — Складывает квадрат с вписанным треугольником основанием кверху.

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

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

5 — Выполняет сложный рисунок из девяти кубиков.

Выполнение этих заданий вызывает особые трудности у детей с ЗПР. Здоровые дети к концу дошкольного возрас-

та успешно выполняют первые четыре задания по методике Кооса. Дошкольники с ЗПР путают пространственное расположение деталей, испытывают трудности в предварительной ориентировке в задании.

### *Исследование особенностей рисования*

Рисование рекомендуется оценивать по степени развития графических умений и особенностей качества изображения фигур.

Ребенку предлагают карандаш, граненый и альбомные листы бумаги и просят нарисовать, что он желает. После выполнения задания психолог поощряет ребенка и просит выполнить тестовые задания.

### **Шкалы оценок**

#### **Графические умения**

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

1 — Проводит вертикальные и горизонтальные линии по опорным точкам.

2 — Умеет регулировать движения в соответствии с задачей изображения: а) правильно регулирует силу нажима; б) амплитуду; в) изменяет темп рисовального движения.

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

4 — Графические движения соразмеряет с заданной длиной или высотой отрезка, рисует короткую или длинную линию по словесной инструкции по образцу (заранее изготовленные карточки).

5 — Соразмеряет движения с высотой и формой заданных изображений предметов, рисует прямоугольники с образца-рисунка, большой и маленький круг и квадрат по словесной инструкции и по образцу.

#### **Качество изображения фигур**

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

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

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



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

4 – Изображение с сохранением размера заданной фигуры.

5 – Изображение с сохранением размера и объема заданной фигуры.

Здоровые дошкольники успешно справляются с первыми тремя заданиями, отображение в рисунках размера фигур еще вызывает у них некоторые затруднения.

Рисунки дошкольников с ЗПР существенно отличаются от рисунков их здоровых сверстников как по качеству изображений, так и по технике рисунка. Даже к концу дошкольного возраста рисунки дошкольников с ЗПР церебрально-органического генеза могут находиться на уровне символического изображения фигуры и ее частей (Мамайчук И. И., 2001; Екжанова Е. А., 1989, 2003; Медникова Л. С., 2008).

Представленные нами шкалы психологического обследования дошкольников с ЗПР имеют высокую диагностическую значимость.

Во-первых, оценка уровня развития той или иной психической функции у ребенка построена по онтогенетическому принципу, то есть с учетом развития этой функции в онтогенезе.

Во-вторых, в процессе диагностики мы ориентируемся не только на уровень развития данной функции, но и на ее качественные особенности, выделяя особенности ориентировочной основы деятельности, перцептивного синтеза и др.

В дошкольной психодиагностике используются функциональные пробы, психометрические и нейропсихологические методы. Из психометрических методов при обследовании старших дошкольников с ЗПР целесообразно использовать методику Равена, которая позволяет оценить уровень интеллекта, выявить особенности перцептивных обобщений. Особое значение в психологической диагностике дошкольников с ЗПР церебрально-органического генеза имеют нейропсихологические методы, направленные на дифференцированный анализ структуры дефекта и его локализацию. В исследованиях А. Н. Корнева показано значение этих методов при исследовании дошкольников с ЗПР и речевыми нарушениями.

Следует подчеркнуть, что эффективность психологической диагностики в значительной степени зависит не от информатив-

ности используемой методики, а от умения психолога правильно, качественно интерпретировать полученный экспериментальный материал. Эти умения отражают истинный профессионализм специалиста-психолога. Совершенно недопустимо при психологической диагностике детей с ЗПР использовать бессистемное тестирование, направленное на количественный анализ развития той или иной психической функции или уровня интеллекта. К сожалению, в практике нередко психолог выступает в роли тестолога и выдает информацию врачу, педагогу, а бывает — и родителю об уровнях характеристиках интеллекта.

Молодой психолог после многочасового обследования по методике Векслера сообщил маме шестилетней девочки с задержкой психического развития, что уровень ее интеллекта находится в диапазоне пограничной умственной отсталости. Девочка была повторно обследована другим психологом, который в игровой форме предъявлял тестовые задания, проводил обследование в несколько этапов, чтобы не переутомить ребенка. Результат полностью не совпал с данными предыдущего обследования. Уровень интеллектуального развития у девочки оказался в диапазоне средней нормы, а по некоторым шкалам (обобщение, последовательные умозаключения) показатели были выше нормативов.

Этот пример подтверждает слова выдающегося психолога Б. М. Теплова: «Нет плохих тестов, а есть глупое или умное их использование». Психолог, работающий с детьми с проблемами в развитии, должен уметь сочетать методы наблюдения с экспериментально-психологическими методами, ориентироваться не на конечный результат — выполнил или не выполнил ребенок задачу, а на то, как он принял задачу, какой использовал способ решения и как он относится к результату ее выполнения. Для этого надо знать психологию ребенка, а не изучать и комбинировать тесты, которые в основном иностранные и от которых многие зарубежные коллеги уже давно отказались или отказываются.

### **3.5. Психологические особенности детей с задержкой психического развития младшего школьного возраста**

У подавляющего большинства детей с ЗПР в младшем школьном возрасте наблюдается выраженная школьная дезадаптация уже в первые недели обучения, которая проявляется в:

- трудностях усвоения ребенком школьной программы;
- эмоционально-личностных проблемах (наличие школьных фобий, избирательное отношение к отдельным предметам или педагогам, возможны конфликты с одноклассниками);
- нарушениях поведения (отказывается идти школу, на уроках нетерпелив, возбудим, не проявляет познавательную активность, отвлекается и др.).

Педагоги, заметив такие особенности ребенка, нередко обращаются к школьным психологам, перед которыми стоит задача диагностики особенностей психического развития ребенка и направления его к другим специалистам (психиатр, невропатолог, логопед). Следует подчеркнуть, что у детей с ЗПР, поступающих в общеобразовательную школу, отсутствует школьная готовность, что проявляется в низком уровне представлений об окружающем, в слабом развитии познавательных интересов, недоразвитии мыслительных операций, несформированности учебной мотивации. Им трудно соблюдать школьный режим, подчиняться правилам поведения на уроке, что негативно отражается на их школьной адаптации. В исследованиях многих авторов выявлено, что среди детей, обучающихся в массовой школе, наблюдаются стойкие нарушения школьной дезадаптации. Например, А. В. Лисин выявил, что 42 % детей воспитываются в неполных семьях, 12 % – в семьях с отчимом, 6 % – в асоциальных семьях (лишение родительских прав, алкоголизм и наркомания), 70 % детей состояли на учете у невролога до одного года жизни с диагнозом «перинатальная энцефалопатия», 6 % имели неврологическую симптоматику (Лисин А. В., 2010). В исследовании А. А. Благинина и др. было выявлено, что дети со стойким нарушением психической адаптации имеют выраженные признаки задержки психического развития (2011).

Особенности познавательной сферы младших школьников с задержкой психического развития освещены в психологической литературе достаточно широко (Власова Т. А., 1984; Калмыкова З. И., 1982; Лебединский В. В., 1985; Лубовский В. И., 1989; Переслени Л. И., Подобед В. Л., 1988; Семаго Н. Я., Семаго М. М., 2000; Кулагина И. Ю., Пускаева Т. Д., 1980; Винник М.О., 2007 и др.).

В исследованиях отечественных и зарубежных психологов выявлены *особенности восприятия* у младших школьников с ЗПР.

При отсутствии первичной недостаточности сенсорных функций у них отмечаются замедленность и фрагментарность восприятия, трудности выделения фигуры на фоне и деталей в сложных изображениях. Неточность и замедленность в младшем школьном

в возрасте наблюдаются в процессе письма, рисования, конструирования фигур по образцам, представленным в зрительной модальности. При усложнении и ухудшении условий восприятия, когда, например, изображения демонстрируются повернутыми или когда уменьшается их яркость и четкость, у детей увеличивается латентный период опознания объектов (Шошин П. Б., 1984; **Белый, 1989; Гончаров**). На замедление переработки информации в процессе восприятия влияют такие факторы, как недостатки ориентировочной деятельности, недоразвитие перцептивных действий, недоразвитие свойств внимания (Мамайчук И. И., 2001; **Сиволапова, Гончаров**). С возрастом восприятие детей с ЗПР совершенствуется, что проявляется в полноте восприятия объектов, а также увеличивается скорость восприятия (Переслени Л. И., Шошин П. Б., 1981).

В исследованиях А. Г. Захаровой было выявлено, что у младших школьников с ЗПР зрительное, слуховое и осязательное восприятие отстает от возрастной нормы, причем в наибольшей степени страдает зрительное восприятие и его основные характеристики: фигурно-фоновое различение, восстановление и воспроизведение фигур на основе образца, зрительно-моторная координация, а также выявлены трудности зрительного восприятия графических знаков и графических символов, трудности восприятия словесной инструкции, повышенное реагирование на посторонние звуковые сигналы и значительное число исправлений собственных ответов. В процессе осязательного восприятия дети с ЗПР используют две основные стратегии: длительное, многократное ощупывание или поверхностное, сопровождающееся многочисленной сменой варианта ответа (Захарова А.Г., 2010).

В. И. Лубовский подчеркивает недостаточную сформированность *произвольного внимания* детей с ЗПР, дефицитарность основных свойств внимания: концентрации, объема, распределения. Отмечая снижение устойчивости внимания у детей с ЗПР, некоторые авторы выделяют специфику его нарушений. Например, у части детей с ЗПР максимальное напряжение внимания наблюдается в начале выполнения заданий, а затем постепенно снижается. У других детей с ЗПР сосредоточение внимания наступает лишь после осуществления какой-либо деятельности. Для детей третьей группы характерна периодичность в сосредоточении внимания (Жаренкова Г. И., 1984). Неустойчивость внимания у детей с ЗПР сочетается с повышенной отвлекаемостью на различные посторонние стимулы.

В исследованиях Л. И. Переслени выявлено, что шум не влияет на эффективность деятельности детей с ЗПР, музыка снижает скорость реакции на задания, а речевая помеха вызывает увеличение времени реакции и у нормально развивающихся детей (на 7 %), и у детей с задержкой в развитии (на 17 %), а также пропуски ответных реакций и ошибочные реакции у нормально развивающихся детей — в среднем 2 пропуска, у детей с задержкой психического развития — 6 пропусков и ошибочных реакций (Переслени Л. И., 1972).

Исследование памяти детей с ЗПР показало, что в сравнении со здоровыми детьми для них характерен более длительный период для приема и переработки сенсорной информации (Власова Т. А., 1984). В исследованиях В. Г. Лутонян подчеркивается, что продуктивность непроизвольного запоминания у детей с ЗПР значительно ниже, чем у их нормально развивающихся сверстников (Лутонян В. Г., 1977). Н. Г. Поддубная, изучая продуктивность непроизвольного запоминания у первоклассников с ЗПР, выявила ее выраженное недоразвитие в сравнении с нормально развивающимися сверстниками как в слуховой, так и в зрительной модальности (Поддубная Н. Г., 1980).

В исследованиях Т. В. Егоровой (1973) было выявлено снижение объема долговременной и кратковременной памяти у детей с ЗПР, а также недоразвитие произвольного и непроизвольного запоминания. Кроме того, автор сообщает о существенном расхождении у детей с ЗПР между наглядной (образной) и словесной памятью (в пользу наглядной) в сравнении с нормально развивающимися школьниками. В исследованиях кратковременной памяти (методика 10 слов) были определены малый объем, медленное нарастание продуктивности запоминания при повторных предъявлениях, повышенная тормозимость следов в результате интерференции со стороны побочных воздействий, нарушение порядка в воспроизведении слов (Подобед В. Л., 1981).

В исследованиях психологов было показано, что у младших школьников с ЗПР эффективность опосредованного запоминания гораздо ниже, чем у их нормально развивающихся школьников (Поддубная Н. Г., 1980; Подобед В. Л., 1987 и др.).

Итак, анализ сравнительного исследования особенностей памяти показал, что у младших школьников с ЗПР в отличие от нормально развивающихся школьников наблюдаются следующие особенности памяти: слабая избирательность; снижение объема кратковременной памяти; трудности в использовании

рациональных способов запоминания; снижение активности в процессе воспроизведения запоминаемого материала.

Выраженное отставание младших школьников с ЗПР от нормально развивающихся сверстников наблюдается в формировании их *мыслительных процессов*. Авторы выделяют снижение уровня сформированности всех основных мыслительных операций: анализа, обобщения, абстракции, переноса у младших школьников с ЗПР (Артемьева Т. П., 1985; Монкевичене О. П., 1988; Переслени Л. И., Фотекова Т. А., 1993; Калмыкова З. И., Кузнецова Т. Н., 1994; Фотекова Т. А., 2003 и др.).

О. П. Монкевичене (1988) проследила динамику мыслительной деятельности у детей с ЗПР от пятого до девятого года обучения (то есть с начала и до конца среднего школьного возраста). Автор отмечает, что в начале среднего школьного возраста отставание в сформированности мыслительной деятельности в наибольшей мере проявляется при выполнении словесно-логических задач, в меньшей — при решении наглядно-образных и наименее значительно — при решении наглядно-действенных задач. К концу среднего школьного возраста показатели выполнения задач всех типов приближаются к результатам нормально развивающихся сверстников, но неравномерно проявляющееся отставание в сформированности всех трех видов мышления сохраняется (Монкевичене О. П., 1989).

Проведены отдельные психологические *исследования мотивационной и эмоционально-волевой сферы*, особенностей развития личности у младших школьников с ЗПР, в которых подчеркивается недоразвитие эмоционально-волевой сферы. Авторы выделяют эмоциональную лабильность у детей с ЗПР, слабость волевых усилий, несамостоятельность и внушаемость, личностную незрелость, преобладание игровых интересов над учебными, повышенную внушаемость (Марковская И. Ф., 1983; Белопольская Н. Л., 1999). Эмоциональная лабильность проявляется у них в неустойчивости настроений, в легком возникновении эмоционального возбуждения, могут наблюдаться немотивированные аффекты. Для всех младших школьников с ЗПР характерны частые проявления беспокойства и тревоги. В школе наблюдается состояние напряженности, скованности, пассивность, неуверенность в себе (Фролова О. В., 2001). Психологи выявили некоторые трудности в понимании эмоциональных состояний по выражению лица у детей с ЗПР, особенно у детей с ограниченной потребностью в общении, эмоциональной скучностью (Стернина Т. З., 1988).

Дети с ЗПР часто затрудняются охарактеризовать свое эмоциональное состояние в той или иной ситуации. Г. Б. Шаумаров, обследуя бывших выпускников школ для детей с ЗПР, выявил недоразвитие их эмоциональной сферы в целом и аффективную ригидность, что проявлялось в отношениях с близкими людьми (Шаумаров Г. Б., 1990).

У младших школьников с ЗПР многие авторы отмечают недостаточную сформированность произвольного поведения, что проявляется в трудностях самоконтроля. Л. В. Кузнецова отмечает, что уровень произвольной регуляции поведения у детей с ЗПР зависит от сложности деятельности, особенно от сложности звена программирования и наличия конфликтной ситуации (например, при необходимости действовать в соответствии с мысленным планом, вопреки внешним условиям деятельности) (1986).

В исследованиях особенностей личности младших школьников с ЗПР было выявлено, что у подавляющего большинства таких детей доминирующей стратегией преодоления трудностей является стратегия поиска социальной поддержки. Стратегия самоконтроля своего поведения используется достоверно реже, чем у нормально развивающихся сверстников, что отражает импульсивность, эмоциональную неустойчивость и способствует усилению дезадаптации. В ситуации фruстрации наблюдаются низкий уровень групповой конформности и эго-защитный тип реакции на фрустрацию, который характеризует слабую, уязвимую личность, вынужденную в ситуациях препятствия сосредоточиваться в первую очередь на защите собственного «Я» (Анохина К. А., 2014).

Исследования самооценки младших школьников с ЗПР выявили неадекватную и тревожную самооценку в отличие от нормально развивающихся сверстников (**Бадиа, Сафади Хасан, Кропачева М. Н., 2010** и др.). М. Н. Кропачева установила, что специфические особенности самоотношения у младших школьников с ЗПР проявляются в тенденции избирательности по отношению к себе, в отрицании собственной вины и перемещении ответственности на окружающих в ситуации фрустрации, в неадекватной личностной самооценке, повышенной раздражительности, равнодушии, сниженном фоне настроения, склонности к девиантному поведению. У детей в норме ярче выражена тенденция субъективного восприятия себя в глазах окружающих людей, имеет место общий положительный фон восприятия себя, отсутствует установка на самообвинение, они более активны, их самооценка более адекватна (Кропачева М. Н.,

2010). В диссертационном исследовании И. А. Коневой было проведено сравнительное изучение образа «Я» у младших подростков с ЗПР, обучающихся в специальной школе и классах коррекционно-развивающего обучения при обычной школе. Автор выявила, что, несмотря на задержку формирования образа «Я» и его инфантильность, у школьников, обучающихся в специальной школе, не наблюдалась склонность к негативным самохарактеристикам, установки на аддиктивные формы поведения, мысли о смерти, не было ориентации на применение силы, что отмечалось у подростков, обучающихся в классах коррекционно-развивающего обучения в обычной школе.

Итак, анализ особенностей развития когнитивных функций, эмоционально-личностных особенностей у младших школьников с ЗПР позволяет выделить основные системообразующие факторы, лежащие в основе трудностей обучения.

Ю. З. Гильбух предложил психологово-педагогическую типологию отставаний в учебной деятельности у неуспевающих школьников. Автором были описаны три типа: учащиеся с низкой эффективностью учебной деятельности; учащиеся с низкой интенсивностью учебной деятельности; учащиеся с низкой интенсивностью и эффективностью (1993). К внутренним ресурсам интенсивной учебной деятельности относится усвоение учащимся большего объема информации за единицу времени, умение рационально использовать учебное время, выбор оптимальных способов обучения. Учащиеся с низкой интенсивностью учебной деятельности при относительно сохранным уровне интеллектуального развития часто отвлекаются на уроках, нарушают дисциплину, пропускают уроки. Учащиеся с низкой эффективностью учебной деятельности старательны, они затрачивают много времени на учебу, но не справляются с учебными предметами. Автор отмечает несформированность у них учебных навыков, недоразвитие познавательных функций (низкий уровень способности к обобщению, ригидность мыслительных процессов, низкий уровень развития восприятия, пространственного воображения, речевые проблемы и др.). Чаще встречаются неуспевающие ученики, у которых наблюдается сочетание признаков интенсивности и эффективности учебной деятельности.

Причины неуспеваемости детей и подростков многообразны, однако нередко таких учащихся относят к детям с задержкой психического развития, что является неправильным. Не-

сомненно, что психолого-педагогические исследования детей с ЗПР имеют огромное значение для разработки коррекционно-развивающих программ, однако они далеко не достаточны. Биopsихосоциальный подход к анализу нарушенного развития у детей и подростков требует **комплексного клинико-психологического подхода к проблеме задержки психического развития.**

### Список литературы

- Абрамович-Лехтман Р. Я. Психологическая помощь детям с церебральными параличами // Лечебная помощь детям с церебральными параличами: Труды НИИ им. Г. И. Турнера. — Л., 1962.
- Абрамович-Лехтман Р. Я. Развитие предметных действий на первом году жизни: Дис. ... канд. психол. наук. — Л., 1945.
- Адлер А. Взаимодействие детей. Воспитание полов. — Ростов н/Д, 1998.
- Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К. С. Лебединской. — М., 1982. — 125 с.
- Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К. С. Лебединской. — М., 1982.
- Антипина А. Н. Из опыта работы с детьми, имеющими задержку психического развития // Начальная школа. — 1993.
- Антропова М. В. Работоспособность учащихся и ее динамика в процессе учебной и трудовой деятельности. — М.: Просвещение, 1967. — 251 с.
- Бабкина Н. В. Формирование саморегуляции познавательной деятельности у детей с ЗПР в различных условиях обучения / Н. В. Бабкина// Дефектология. — 2003. — № 6. — С. 46–50.
- Бабкина Н. В. Особенности познавательной деятельности и ее саморегуляции у старших дошкольников с задержкой психического развития // Дефектология. — 2002. — № 5. — С. 40–45.
- Бабкина Н. В. Психологическое сопровождение детей с ЗПР в общеобразовательной школе / Н. В. Бабкина // Дефектология. — 2006. — № 4. — С. 38–45.
- Бадалян Л. О., Заваденко Н. Н., Успенская Т. Ю. Синдромы дефицита внимания у детей // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 1993. — № 3. — С. 74–90.
- Бауэр Т. Психическое развитие младенца. — М., 1979.
- Белопольская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. — М.: УРАО, 1999.
- Белопольская Н. Л. Личностные особенности детей с задержкой психического развития в системе дифференциально-психологической диагностики: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 1996. — 47 с.
- Березин Б. Ф. Психическая и психофизиологическая адаптация. — М.: Наука, 1983.
- Благинин А. А., Мамайчук И. И., Истомина И. П., Черевкова Т. Н. Психолого-педагогические характеристики личности учащихся с различным уровнем школьной адаптации // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. — 2011. — Т. 5, № 4. — С. 52–61.



Блинова Л. Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: учебное пособие для пед. вузов. — М.: НЦ, 2004. — 136 с.

Борякова Н. Ю. Психологические особенности дошкольников с задержкой психического развития // Обучение и воспитание детей с нарушениями в развитии. — 2007. — № 1. — С. 34–37.

Борякова Н. Ю. Формирование предпосылок к школьному обучению детей с задержкой психического развития. — М.: Академия, 2008. — 325 с.

Бурменская Б. В., Карабанова О. А., Лидерс А. Г. Возрастно-психологическое консультирование. — М., 1990.

Вахрушева И. А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: Дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2004.

Винник М. О. Задержка психического развития у детей. Методологические принципы и технологии диагностической и коррекционной работы. — Ростов н/Д, 2007.

Власова Т. А., Лубовской В. И., Цыпина Н. А. Дети с задержкой психического развития. — М.: Педагогика, 1984. — 256 с.

Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. — М.: Педагогика, 1973. — 173 с.

Власова Т. А., Лебединская К. С. Актуальные проблемы клинического изучения задержки психического развития у детей // Дефектология. — 1975. — № 6. — С. 8–17.

Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. — М., 1956.

Выготский Л. С. Собр. соч. в 6 т. — М., 1984. — Т. 6.

Гайдук Ф. М. Задержки психического развития церебрально-органического генеза у детей: Автoref. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1988. — 38 с.

Галицина Е. Ю. Психологическая защита личности детей, страдающих бронхиальной астмой // Педиатр. — 2014. — Т. V, Вып. 1. — С. 110–117.

Гарбузов В. И. Практическая психотерапия, или Как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. — СПб., 1994.

Гезелл А. Педология раннего детства. — М., 1932.

Гильбух Ю. З. Учебная деятельность младшего школьника: диагностика и коррекция благополучия. — Киев, 1993.

Глазерман Т. Б. Мозговые дисфункции у детей. — М., 1983.

Годовикова Д. Б. Формирование познавательной активности // Дошкольное воспитание. — 1986. — № 1. — С. 28–32.

Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики. — М., 1999. — 295 с.

Граборов А. Основы олигофренопедагогики. — М.: Классикс Стиль, 2005.

Деменчук Р. В. Память у детей с разными формами задержки психического развития: Автoref. дис. ... канд. психол. наук. — 2002.

Демьянов Ю. Г. Задержка психического развития с затруднениями усвоения школьных навыков у детей с церебрастенией // XXIII Герценовские чтения. Дефектология. — Л., 1970. — С. 60–62.

Демьянов Ю. Г. Клинико-психологическое исследование детей с затруднениями в усвоении элементарных школьных навыков: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1970. — 240 с.

Демьянов Ю. Г. Диагностика психических нарушений. Практикум. — СПб.: М и М : Респекс, 1999.



Демьянов Ю. Г. Особенности психофизического инфантилизма с затруднениями в усвоении школьных навыков // XXIII Герценовские чтения. Дефектология. — Л., 1970. — С. 62–64.

Дети с временными задержками развития / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. — М.: Педагогика, 1971. — 184 с.

Дети с задержкой психического развития / Под ред. Г. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. — М., 1973.

Дети с задержкой психического развития / Под ред. Г. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. — М., 1984.

Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей / Под ред. С. Г. Шевченко. — М.: Аркти, 2001. — 224 с.

Диагностический комплект. Исследование особенностей развития познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста / Сост. Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. — М., 1999.

Дробинская А. О. Школьные трудности «нестандартных» детей : пособие для учителей и родителей / А. О. Дробинская. — 2-е изд. — М.: Школа-Пресс, 2001. — 144 с.

Егорова Т. В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. — М.: Педагогика, 1973. — 150 с.

Егорова Т. В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. — М.: Педагогика, 2006. — 273 с.

Ежжанова Е. А. Задержка психического развития у детей и пути ее психолого-педагогической коррекции в условиях дошкольного учреждения // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. — 2002. — № 1.

Елфимова Н. В. Роль мотивации при поэтапном формировании умственных действий // Дефектология. — 1978. — № 2. — С. 12–17.

Ефимов Ю. А. О предрасположенности к психосоматическим заболеваниям у детей // Неврозы у детей и подростков. — М., 1986. — С. 51–52.

Жаренкова Г. И. Действия детей с задержкой психического развития по образцу и словесной инструкции // Дефектология. — 1975. — № 4. — С. 29–35.

Жукова З. П. Развитие интеллектуальных способностей младших школьников в ходе игры // Начальная школа. — 2006. — № 5. — С. 23–27.

Заваденко Н. Н., Успенская Т. Ю., Суворинова Н. Ю. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания у детей // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — № 1. — С. 57–61.

Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. — М.: Медицина, 1982. — 216 с.

Захарова А. Г. Особенности перцептивно-речевого развития детей с проблемами развития // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. — 2009. — Т. 3, № 3.

Иванов Е. С. Астения как одна из причин неуспеваемости детей в школе // Дети с временными задержками развития / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. — М.: Педагогика, 1971. — С. 63–66.

Иванов Е. С. Временная задержка психического развития и комплектование школ // XXIII Герценовские чтения. Дефектология. — Л., 1970. — С. 56–60.

Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психическом развитии / Под ред. Е. А. Стребелевой, Г. А. Мышиной. — М.: Полиграф-сервис, 2002.



Игры и упражнения по развитию умственных способностей у детей дошкольного возраста / Сост. Л. А. Венгер, О. М. Дьяченко. — М.: Просвещение, 1989.

Ильина М. Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. — СПб.: Питер, 2006. — 368 с.

Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб., 1996.

Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматические расстройства у детей. — СПб.: Речь, 2005.

Исаева Е. И. К вопросу о различных вариантах психического инфантилизма у детей // Материалы Всерос. научн. конф. по психо-невр. дет. возр. — Л., 1966. — С. 59–62.

Калмыкова З. И. Особенности генезиса продуктивного мышления детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1978. — № 3.

Катаева А. А., Стребелева Е. А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников. — М.: Просвещение, 1998.

Кашенко В. П. Педагогическая коррекция. — М., 1992.

Кисова В. В. Формирование саморегуляции как общей способности к учению средствами продуктивных видов деятельности у дошкольников с задержкой психического развития: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Н. Новгород, 2000.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М.: Медицина, 1985. — 285 с.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.

Ковалев В. В., Кириченко Е. И. Пограничные формы интеллектуальной недостаточности, ЗПР// Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М., 1979. — С. 519–549.

Козловская Г. В. Психическая депривация и ее психогенная роль в нарушении психического развития и формирования личности у детей в возрастном аспекте // I Международная научно-практическая конференция «Психическая депривация детей в трудных жизненных ситуациях». — М., 2013.

Козловская Г. В., Марголина И. А., Проселкова М. О. Жестокое обращение с детьми раннего возраста и формирование психического дизонтогенеза // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2001. — № 1. — С. 52–55.

Кондратьева Н. П. Особенности личностной тревожности у младших подростков с задержкой психического развития: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Н. Новгород, 2002.

Конева И. А. Особенности образа Я младших подростков с задержкой психического развития: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / И. А. Конева. — Н. Новгород, 2002. — 26 с.

Корнев А. Н. Дислексия и дисграфия у детей. — СПб.: Гиппократ, 1995. — 222 с.

Королько Н. И. Коррекция нарушений ориентирования в учебных заданиях у детей с задержкой психического развития: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1988.

Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. — СПб.: Питер, 2005.



Кропачева М. Н. Психологические особенности самоотношения у младших школьников с задержкой психического развития: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / М. Н. Кропачева. — Н. Новгород, 2010. — 187 с.

Крыжановская И. Л. Особенности возрастной динамики клинико-психопатологической картины при пограничной интеллектуальной недостаточности у детей младшего школьного возраста: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1983. — 176 с.

Кузнецова Л. В. Психология детей со слабо выраженным отклонением в психическом развитии (с задержкой психического развития — ЗПР) // Основы специальной психологии / Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М.: ACADEMIA, 2003. — С. 90–150.

Кулагина И. Ю., Пускаева Т. Д. Познавательная деятельность и ее детерминанты при задержке психического развития // Дефектология. — 1989. — № 1. — С. 3–9.

Лалаева Р. И. и др. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития. — М.: Владос, 2003.

Лангмайер Й., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. — Прага: Авиценум, 1984.

Лебединская К. С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Актуальные проблемы задержки психического развития. — М., 1982.

Лебединская К. С., Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. — М.: Академический проект, 2012. — 383 с.

Лебединская К. С. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. — М., 1982.

Лебединская К. С. Клиническая систематика задержки психического развития // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1980. — № 3. — С. 407–411.

Лебединская К. С. Методические рекомендации по диагностике и коррекции задержки психического развития. — М., 1980. — 72 с.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М., 1985.

Лебединский В. В. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и пути их коррекции. — М., 1990.

Лисина М. И. Возникновение и развитие непосредственно-эмоционального общения с взрослыми у детей первого полугодия жизни // Развитие общения у дошкольников. — М.: Педагогика, 1974.

Лисина М. И. Развитие познавательной деятельности у детей первого полугодия жизни // Развитие восприятия в раннем и дошкольном возрасте. — М., 1966.

Лисина М. А. Формирование личности ребенка в общении. — СПб., Питер, 2009. — 320 с.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1985. — 255 с.

Лубовский В. И. Высшая нервная деятельность и психологические особенности детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1972. — № 4. — С. 10–16

Лубовский В. И. Задержка психического развития // Специальная психология / Под ред. В. И. Лубовского. — М., 2003.

Лубовский В. И., Переслени Л. И. Дети с задержкой психического развития. — М., 1983.



- Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М.: Просвещение, 1989. — 247 с.
- Лубовский В. И., Переслени Л. И., Шошин П. Б. и др. Обучение детей с задержкой психического развития. — М.: Просвещение, 1981. — 119 с.
- Лутонян Н. Г. Динамика мнемической деятельности у детей с задержкой психического развития // Тез. докл. IV Всесоюзных педагогических чтений. Т. 2. — М., 1976. — С. 18—26.
- Лутонян Н. Г. Динамика мнемической деятельности у детей с задержкой психического развития // Тез. докл. IV Всесоюзных педагогических чтений. Т. 2. — М., 1976. — С. 18—26.
- Лутонян Н. Г. Формирование рациональных способов запоминания у детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1977. — № 3. — С. 18—26.
- Люблинская А. А. Детская психология. — М.: Просвещение, 1971.
- Мамайчук И. И. Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным параличом // Дефектология. — 1976. — № 3. — С. 18—25
- Мамайчук И. И. Психокоррекция детей и подростков с нарушениями в развитии. — СПб., 1997. — 62 с.
- Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. — СПб.: Речь, 2001. — 260 с.
- Мамайчук И. И. Психологические аспекты здоровья ребенка // Психологические и этические проблемы детства. — СПб., 1993. — С. 5—13.
- Мамайчук И. И. Гиптическое и зрительное восприятие у дошкольников при нарушениях интеллекта и моторики: Дис. ... канд. психол. наук. — Л., 1978.
- Мамайчук И. И. и др. Психологическая оценка развития дошкольников: Методические рекомендации для врачей / ЛНИИДОИ им. Г. И. Турнера. — 1984.
- Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. — СПб.: Речь, 2003.
- Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. — СПб.: Речь, 2003. — 400 с.
- Мамайчук И. И., Лапкин Ю. М., Лихачева Е. М. Некоторые особенности личности больных с ревматоидным артритом // Ревматология. — 1986. — № 4. — С. 25—32.
- Мамайчук И. И., Соловьева Е. Ю. Механизмы психологической защиты детей с бронхиальной астмой / Тезисы научно-практической конференции «Ананьевские чтения — 99». — СПб.: СПбГУ, 1999. — С. 320—321.
- Мамайчук И. И., Трошихина Е. Г. Особенности психической адаптации учащихся вспомогательных школ-интернатов // Дефектология. — 1997. — № 3.
- Мамайчук И. И., Тысячинюк С. В. Особенности психической адаптации депривированных подростков и основные направления психической коррекции // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. — 2012. — Т. 5, № 4.
- Мамайчук И. И., и др. Нейропсихологическая диагностика задержки психического развития у детей младшего школьного возраста / И. И. Мамайчук, М. П. Мороз, Е. В. Чубарова // Дефектология. — 2002. — № 6. — С. 17—25.

- Мамайчук И. И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. — СПб., 2000. — 168 с.
- Марковская И. Ф. Задержка психического развития (клиническая и нейропсихологическая диагностика). — М., 1995.
- Марковская И. Ф. Клинико-нейропсихологическая характеристика задержки психического развития // Дефектология. — 1977. — № 6. — С. 3–11.
- Марковская И. Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. — М.: Компенс-центр, 1993. — 198 с.
- Марковская И. Ф. Нейропсихологический анализ клинических вариантов задержки психического развития // Дефектология. — 1977. — № 6. — С. 3–11.
- Марковская И. Ф. Типы регуляторных нарушений при задержке психического развития // Дефектология. — 2006. — № 3. — С. 28–34.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / ICD-10. — СПб.: Адис, 1994. — 304 с.
- Мастюкова Е. М. О развитии познавательной деятельности детей с церебральными параличами // Дефектология. — 1973. — № 6.
- Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. — М.: Просвещение, 1992.
- Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний возраст). — М.: Владос, 1997. — 307 с.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Пер. с англ. — СПб.: Адис, 1994. — 303 с.
- Мельникова А. Ф. К вопросу о синдроме психофизического инфантилизма в дошкольном возрасте // Вопросы психоневрологии детей и подростков. — М., 1989. — Т. 3. — С. 205–211.
- Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К. Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников. — М., 1994.
- Милейко М. В. Динамика образа Я у детей с хронической гастроудоенной патологией в процессе медицинской и психологической реабилитации: Дис. ... канд. психол. наук. — 2008.
- Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Труды Ленинградского педиатрического института. — Л., 1968. — Т. 51. — С. 5–22.
- Монтессори М. Метод научной педагогики, применяемый к детскому воспитанию в домах ребенка. История зарубежной дошкольной педагогики: Хрестоматия. — М., 1986. — С. 382.
- Монтессори М. Помоги мне сделать это самому. — М., 2000.
- Мухина В. С. Возрастная психология. Феноменология развития: Учебник для студ. высш. учеб. заведений. — 10-е изд., перераб. и доп. — М.: Академия, 2006. — 608 с.
- Никашина Н. А. Педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития. Основные направления коррекционной работы // Обучение детей с задержкой психического развития. — М., 1981. — С. 34–45.
- Никашина Н. А. Педагогическое изучение детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1972. — № 5.



- Никашина Н. А. Педагогическое изучение детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1972. — № 5.
- Никишина В. Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: Пособие для психологов и педагогов. — М.: Владос, 2003. — 126 с.
- Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. — М., 1987.
- Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. — М., 1997.
- Никольская О. С. Психологическая коррекция раннего детского аутизма // Ин-т невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1980. — № 10.
- Осипова А. А. Общая психокоррекция. — М., 2000.
- Озерецкий Н. И. Вопросы педагогики и детской неврологии. — Л., 1924.
- Павлий Т. Н. Некоторые подходы к изучению и коррекции эмоциональной сферы детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 2000. — № 4. — С. 36–42.
- Певзнер М. С. Дети с отклонениями в развитии. — М., 1966. — 261 с.
- Певзнер М. С., Ростягайлова Л. И., Мастиюкова Е. М. Психическое развитие детей с нарушением умственной работоспособности. — М., 1982.
- Певзнер М. С., Власова Т. А., Юркова И. А. Дети с временными задержками в развитии. — М., 1971.
- Певзнер М. С. Клиническая характеристика детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1972. — № 3. — С. 3–9.
- Певзнер М. С. Клиническая характеристика детей с нарушениями темпа психофизического развития // Дети с временными задержками развития / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. — М.: Педагогика, 1971. — С. 15–20.
- Переслени Л. И., Мастиюкова Е. М. Задержка психического развития — вопросы дифференциальной диагностики // Вопросы психологии. — 1989. — № 1. — С. 55–61.
- Переслени Л. И., Шошин П. Особенности внимания и восприятия. Обучение детей с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Никашиной. — М.: Просвещение, 1981. — С. 10–13.
- Переслени Л. И., Рожкова Л. А. Нейрофизиологические механизмы нарушений прогностической деятельности у детей с трудностями в обучении // Дефектология. — 1996. — № 5. — С. 15–22.
- Пиаже Ж. Избранные психологические труды. — М.: Просвещение, 1969. — 659 с.
- Подготовка к школе детей с задержкой психического развития / Под общ. ред. С. Г. Шевченко. — М., 2003.
- Поддубная Н. Г. Своеобразие процессов непроизвольной памяти у первоклассников с ЗПР // Дефектология. — № 4. — 1980. — С. 31–36.
- Подобед В. Л. Особенности кратковременной памяти детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1981. — № 3. — С. 17–26.
- Подобед В. Л. Формирование мнемического приема смысловой группировки у детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1987. — № 2. — С. 3–9.

Подобед В. Л. Особенности вербальной памяти учащихся IV классов школы для детей с задержкой психического развития: Сообщ. 2 // Дефектология. — 1989. — № 4. — С. 3–9.

Подобед В. Л. Формирование мнемического приема смысловой группировки у детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1987. — № 2. — С. 3–9.

Подъячева И. П. Коррекционно-развивающее обучение детей старшего дошкольного возраста с ЗПР. — М., 2001.

Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Психология сиротства. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2005. — Серия «Детскому психологу».

Программа воспитания и обучения детей в детском саду / Под ред. М. А. Васильевой. — М.: Просвещение, 1987. — 192 с.

Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / И. В. Дубровина, А. Д. Андреева, Е. Е. Данилова, Т. В. Вохманина / Под ред. И. В. Дубровиной. — М.: Издательский центр «Академия», 1998. — 160 с.

Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии: изучение и психокоррекция: учебное пособие для вузов по направлению «Педагогика»: доп. УМО вузов РФ / Под ред. У. В. Ульянковой. — СПб.: Питер, 2007. — 304 с.

Пускаева Т. Д. Об изучении специфики структуры познавательной деятельности детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1980. — № 3. — С. 10–18.

Пылаева Н. М., Ахутина Т. В. Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у детей 5–7 лет: Методическое пособие. — М., 1997.

Рахмакова Г. Н. Некоторые особенности письменной речи младших школьников с ЗПР // Дефектология. — 1991. — № 2.

Рейдбайм М. Г. Задержка психического развития у детей // Дефектология. — 1977. — № 2. — С. 3–12

Рейдбайм М. Г. Задержка психического развития у детей. Клинико-психологическое обоснование дифференцированного отбора и обучения: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1977. — 16 с.

Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М., 1994.

Роджерс Н. Путь к целостности: человеко-центрированная терапия на основе экспрессивных искусств // Вопросы психологии. — 1995. — № 1.

Руслакова Е. Е. Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой, и методы психологической коррекции: Дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2004. — 264 с.

Самодумская Е. Н. К вопросу об органическом инфантилизме // Дети с временными задержками развития / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. — М.: Педагогика, 1971. — С. 46–51.

Самойлова С. В. Особенности зрительного восприятия детей с задержкой психического развития // Специальная психология. — 2008. — Т. 15, № 1. — С. 22–25.

Сафади Хасан. Клинико-психологические особенности умственной работоспособности у детей с задержкой психического развития: Дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 1997.

Сеген Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно ненормальных детей. — СПб., 1903.

Селиверстов В. И. Речевые игры с детьми. — М., 1994.



- Семаго Н. Я., Семаго М. М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. — М.: АРКТИ, 2000. — 208 с.
- Семенова К. А., Мастикова Е. М., Смуглун М. Я. Клиническая и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. — М., 1972.
- Семенович А. В. Введение в нейропсихологию детского возраста. — М., 2005.
- Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. — М.: Academa, 2002. — 232 с.
- Симонова И. А. Характеристика детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1974. — № 3.
- Слепович Е. С. Игровая деятельность детей с задержкой психического развития. — М.: Педагогика, 1990. — 98 с.
- Слепович Е. С. Формирование речи у дошкольников с ЗПР. — Минск, 1989.
- Слепович Е. С., Харин С. С. Становление сюжетно-ролевой игры как совместной деятельности у дошкольников с задержкой психического развития // Дефектология. — 1988. — № 6.
- Слепович Е. С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития. — М.: Педагогика, 1990. — 98 с.
- Слюсарева Е. С., Козловская Г. Ю. Методы психологической коррекции: Учебно-методическое пособие. — Ставрополь, 2008. — 240 с.
- Специальная психология: Учебное пособие / Под ред. В. И. Лубовского; В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др. — 2-е изд., испр. — М.: Академия, 2005. — 464 с.
- Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция). — М.: МГУ, 1988. — 200 с.
- Стребелева Е. А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии. — М., 2001.
- Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М. Т. 1, 1955. — Т. 2, 1959. — Т. 3, 1965.
- Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 3. — М.: Медицина, 1965. — 387 с.
- Тарасова О. В., Шамарина Е. В. Развитие мышления младших школьников с задержкой психического развития средствами математики // Коррекционная педагогика. — 2008. — № 2. — С. 12–16.
- Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте: Пер. с чешского. — М.: Медицина, 1986. — 255 с.
- Трошин П. Я. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей: в 2 т. — СПб., 1916.
- Ульянкова У. В. К проблеме ранней компенсации ЗПР // Дефектология. — 1980.
- Ульянкова У. В., Лебедева О. В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии. — М., 2002.
- Ульянкова У. В. Дети с задержкой психического развития. — Н. Новгород, 1994. — 228 с.
- Ульянкова У. В. Особенности личностной тревожности младших подростков с ЗПР, обучающихся в разных педагогических условиях // Дефектология. — 2004. — № 1.
- Ульянкова У. В. Психологические особенности дошкольников с ЗПР и коррекционно-педагогическая работа с ними. — М.: Просвещение, 2008. — 316 с.

- Ульянкова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. — М.: Педагогика, 1990. — 182 с.
- Ульянкова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. — М.: Просвещение, 2007. — 299 с.
- Ульянкова У. В., Кисова В. В. Экспериментальное изучение формирования саморегуляции в структуре общей способности к учению у шестилетних детей с ЗПР // Дефектология. — 2001. — № 1.
- Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М., 1974.
- Фигурина Н. Л., Денисова М. П. Этапы развития поведения детей в возрасте от рождения до одного года. — М.: Медгиз, 1949.
- Фотекова Т. А. Состояние вербальных и невербальных функций при общем недоразвитии речи и задержке психического развития: Нейропсихологический анализ: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 2003.
- Фрейд З. Психоаналитические этюды. — Минск, 1998.
- Халецкая О. В., Трошин В. М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Журн. неврол. и психиатр. — 1998. — № 9. — С. 4–8.
- Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции. — М., 2004.
- Цыпина Н. А. Ошибки в чтении первоклассников с задержкой психического развития // Дефектология. — 1972. — № 6.
- Цыпина Н. Л. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития. — М.: Просвещение, 2008. — 316 с.
- Шамарина Е. В. Особенности познавательной деятельности и эмоциональной сферы младших школьников с ЗПР / Е. В. Шамарина, Е. Е. Чернухина // Коррекционная педагогика. — 2005. — № 4. — С. 26–33.
- Шаумаров Г. Б. Социально-психологические проблемы молодой семьи выпускников специальной школы для детей с задержкой психического развития: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 1990. — 36 с.
- Шевченко С. Г. Особенности знаний и представлений о ближайшем окружении у первоклассников с задержкой психического развития // Дефектология. — 1974. — № 1.
- Шевченко С. Г. Коррекционно-развивающее обучение: организационно-педагогические аспекты: метод. пособие для учителей классов коррекционно-развивающего обучения. — М.: ВЛАДОС, 2008. — 399 с.
- Шевченко С. Г. Подготовка к школе детей с задержкой психического развития. — М.: Школьная пресса, 2007. — 266 с.
- Шипицына Л. М. Нейропсихологический аспект диагностики детей в процессе коррекционно-развивающего обучения // Дети с проблемами в развитии: исследования и коррекция. — СПб.: СПбГУПМ, 1999. — С. 98–113.
- Шошин П. Б. Опознавание простых изображений детьми с задержкой психического развития // Дефектология. — 1972. — № 4. — С. 36.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. — Л., 1992.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Семейная психотерапия. — СПб., 1999.
- Эмоциональные нарушения в детском возрасте и пути их коррекции / В. В. Лебединский и др. — 1990.
- Юркова И. А. Динамика отдельных клинических вариантов психического инфантилизма у детей (по катамнестическим данным) // Журн. неврол. и психиатр. — 1959. — № 7. — С. 863–867.
- Юркова И. А. О некоторых клинических особенностях психического инфантилизма // Дети с временными задержками развития. — М., 1971. — С. 25–31.

**Часть 2. ВОЗРАСТНЫЕ,  
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ  
И КЛИНИКО-ПСИХОЛÓГИЧЕСКИЕ  
АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
ДИАГНОСТИКИ  
И КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ  
С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО  
РАЗВИТИЯ**



---

## **Глава 1. ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

---

### **1.1. Теоретико-методологические основы психодиагностической работы с детьми с задержкой психического развития**

Психологическое обследование при предполагаемой задержке психического развития призваны проводить клинические и специальные психологи-профессионалы, которые владеют достаточными знаниями в области нормального и нарушенного развития. Такое обследование проводится в рамках психолого-медицинско-педагогических комиссий и консилиумов (ПМПК) массовых и коррекционных образовательных учреждений, в поликлиниках, детских больницах, реабилитационных центрах и службах раннего вмешательства. Психолог, участвуя в работе ПМПК, совместно с другими специалистами определяет, какой тип дошкольного учреждения, школы или класса наиболее подходит для обучения и воспитания ребенка. По результатам обследования формулируются необходимые задачи психокоррекции, психологического консультирования и психопрофилактики.

Теоретической основой для определения задач и содержания психодиагностической работы с детьми с дизонтогенезом служат представления о нормальном и нарушенном развитии, изложенные в трудах классиков отечественной психологии: Л. С. Выготского, А. Р. Лурии, С. Л. Рубинштейна, Б. Г. Ананьева, В. В. Лебединского, К. С. Лебединской, М. С. Певзнер, Т. А. Власовой и др. Неоценимое значение имеет положение Г. Я. Трошина и Л. С. Выготского об общности законов развития в норме и патологии. В то же время следует учитывать и своеобразие психического развития при различных вариантах дизонтогенеза. Опора на знание специфических закономерностей является непременным условием решения дифференциально-диагностических задач.

Представим основные методологические принципы психологического обследования, которые необходимо учитывать для установления самого факта ЗПР, ее причин и механизмов, структуры нарушенного развития, а также при выборе конкретных диагностических процедур и анализа их результатов.

**Принцип комплексности.** Диагностика проводится в рамках комплексного клинико-психолого-педагогического изучения ребенка. В квалификации ЗПР психологическое обследование играет важнейшую роль, однако психологу необходимо учитывать заключения специалистов разного профиля (педиатра, психиатра, невропатолога, нейрофизиолога, дефектолога, логопеда, социального педагога). Психическое развитие должно быть всесторонним: в познавательной сфере (восприятие, память, внимание, мышление, речь, обучаемость), эмоционально-волевой сфере, самосознании, взаимоотношениях с социальным окружением. Указанная цель достигается через использование целого комплекса методов: анамnestического, наблюдения, беседы, оценки интеллекта, экспериментальных патопсихологических методик, обучающего эксперимента. Однако следует помнить, что само по себе использование максимально возможного числа диагностических процедур, направленных на весь спектр сторон психики, зачастую дает избыточное количество данных при большой затрате времени. Необходимо сформулировать четкие задачи психологического обследования, которые определили бы выбор конкретных методик и стратегии оценки результатов. Существенное значение при этом имеет принцип системности.

**Принцип системности** базируется на идеях классиков отечественной психологии о системном строении психики. Выготский и его последователи рассматривают развитие как процесс формирования не отдельных психических функций, а функциональных систем, в которых изменяются связи между отдельными функциями. Теоретически важным является целостный, интегральный подход к проблеме развития, отраженный в работах Б. Г. Ананьева и ленинградской школы психологии. Ананьев характеризует развитие индивидуальности как становление единства и взаимосвязи формирующихся при жизни свойств человека в качестве личности и субъекта деятельности, в структуре которых функционируют и развиваются индивидуальные свойства.

Применительно к диагностике принцип определяет, что психолог не может описывать признаки нормального или задержанного развития изолированно по показателям отдельных методик, а должен рассматривать их в системе связей, выявлять причины и иерархию отклонений. В этом аспекте принципиальное значение имеет положение Выготского о специфической структуре аномального развития, которая определяется соотношением первичных и вторичных нарушений. Для установления правильного психологического диагноза психолог призван ответить на вопрос о первичности и вторичности выявленных отклонений. Прежде всего речь идет об оценке первичности или вторичности нарушений умственного развития (мышления, речи, обучаемости) (Лубовский В. И., 2010).

Отдельно взятые показатели по тем или иным психическим функциям могут не дать целостной картины психического развития и не иметь дифференциально-диагностического значения. Например, низкие результаты в методиках на непосредственное и опосредованное запоминание будут указывать лишь на недостаточность памяти, которая обнаруживается как при умственной отсталости, так и при ЗПР. Соотнесение же обоих показателей поможет в дифференциации двух видов дизонтогенеза: младшие школьники с ЗПР, в отличие от умственно отсталых, показывают более высокие результаты по опосредованному запоминанию, чем по непосредственному.

Системность диагностики ЗПР предполагает также описание особенностей психического развития ребенка в контексте социальных условий.

**Динамический принцип** диктует необходимость сочетать статическую оценку уровня психического развития на момент обследования с характеристикой предшествующего становления психики, а также потенциальных возможностей ребенка. Динамический подход дает возможность сформулировать прогноз развития, который является необходимой составляющей психологического заключения по результатам диагностики.

Концептуальное значение для построения психологического обследования детей с ЗПР имеют идеи Выготского о зонах актуального и ближайшего развития. Зона актуального развития понимается как уровень психических функций ребенка, сложившийся в результате уже завершившихся циклов развития, и может быть оценена при самостоятельном решении задачий, например, интеллектуального теста. Зона ближайшего разви-

тия описывается как расхождение в успешности решения задач, выполненных самостоятельно и с помощью взрослого. По мнению Выготского, ее оценка «...помогает нам определить за-втрашний день ребенка, динамическое состояние его развития, учитывающее не только уже достигнутое, но и находящееся в процессе созревания» (Выготский Л. С., 1999. С. 331). Таким образом, результаты теста интеллекта и экспериментальных патопсихологических методик необходимо дополнять данными обучающих экспериментов, в которых предусмотрен различный уровень трудности заданий и объема помощи (подсказок).

**Принцип моделирования или деятельностного подхода** предполагает, что непосредственное обследование ребенка должно учитывать его возрастные особенности, тяжесть отставания в развитии и строиться на модели ведущей деятельности, являющейся основой формирования психологических новообразований. Для того чтобы диагностические задания были доступны и интересны ребенку, психолог должен строить модель предметно-манипулятивной, игровой, учебной деятельности соответственно для детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста или создавать необходимые условия для реализации интимно-личностного общения, учитывающего «чувство взрослости» подростка.

**Принцип единства качественного и количественного анализа** означает, что при проведении психодиагностических процедур важным является как количественный анализ результатов (в сравнении с нормативными данными, уровнями успешности выполнения заданий), так и их качественное описание. Как отмечает В. И. Лубовский, «нельзя использовать суммарные количественные показатели в качестве не только единственной, но и даже основной характеристики умственного развития» (Лубовский В. И., 1989. С. 74). К качественным показателям относят:

- контактность;
- отношение к ситуации обследования и заданиям;
- понимание инструкций;
- способы выполнения заданий (неадекватные характеру экспериментального материала и инструкции, хаотичные, методом проб и ошибок, на основе зрительного соотнесения и др.);
- динамические характеристики деятельности (темп «врабатываемости» и работы, импульсивность, заторможенность, динамика работоспособности);

- характер ошибок;
- виды и меру помощи взрослого, необходимой для успешного решения задания;
- способность выполнить задание по аналогии;
- речевое оформление действий;
- отношение к результатам своей деятельности и замечаниям психолога (Левченко И. Ю. и др., 2003; Усанова О. Н., 2006).

Сочетание качественного и количественного анализа позволит выявить не только нарушенные, но и сохранные психические функции, а также решать задачи дифференциации ЗПР от иных вариантов дизонтогенеза.

## **1.2. Задачи психологического обследования**

**Первая задача** — оценка наличия отставания в развитии. Своевременную диагностику возможной ЗПР необходимо проводить с детьми, которые имеют:

- трудности освоения программ дошкольного и школьного образования;
- эмоциональные и поведенческие нарушения;
- неблагоприятные социально-средовые условия (асоциальная семья, безнадзорность, жестокое воспитание, гиперпротекция и др.);
- тяжелые соматические заболевания;
- перенесенные черепно-мозговые травмы и нейроинфекции;
- клинически установленные диагнозы психоневрологических расстройств: гиперкинетическое расстройство (синдром дефицита внимания и гиперактивность), специфическое расстройство чтения, письма, счета, специфические расстройства развития речи и языка, моторной функции и смешанные специфические расстройства психологического развития, расстройство поведения, минимальная мозговая дисфункция, перинатальные поражения нервной системы, энцефалопатические расстройства.

При анализе анамнестических сведений, педагогической характеристики, а также результатов наблюдения и беседы диагност ориентируется на принятую в современной психологии хронологию появления возрастных новообразований психики. Анализ анамнестических сведений дает основание говорить о возможных причинах отставания в развитии. Результаты

теста интеллекта, патопсихологических экспериментальных методик и обучающего эксперимента соотносятся с нормативными данными, уровнями выполнения конкретных заданий детьми разного возраста. Следует использовать диагностические методики, которые признаны информативными в работе с детьми с ЗПР.

**Вторая задача** — дифференциальная диагностика ЗПР. Она предполагает отграничение ЗПР от других, нередко внешне сходных, но имеющих разную природу возникновения и требующих разных условий для их преодоления состояний. Здесь важную информацию предоставляет не только тестирование интеллекта и патопсихологический эксперимент, но и методики, построенные по типу обучающего эксперимента.

Наиболее часто возникает необходимость отличить ЗПР, преимущественно церебрально-органического генеза, от общего недоразвития речи и легкой степени умственной отсталости, не отягощенной нарушениями сенсорной, двигательной и речевой сферы. При этих вариантах дизонтогенеза выявляется отставание в психическом развитии, которое наблюдается в недостатках восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, колебаниях работоспособности и др. Порой такие дети могут показать одинаковые или сходные результаты при психологическом исследовании. Клинические характеристики могут быть также общими. Так, при указанных нарушениях развития встречается сходная неврологическая симптоматика.

Ниже представлены критерии разграничения ЗПР и легкой степени умственной отсталости.

**Этиология.** Общей причиной возникновения умственной отсталости и ЗПР церебрально-органического происхождения является органическое повреждение мозга на ранних этапах онтогенеза. Однако при других вариантах ЗПР (конституционной, соматогенной и психогенной) нет серьезной органической недостаточности центральной нервной системы.

**Структура нарушенного развития.** Для психики детей с умственной отсталостью характерна тотальность нарушений, которые в равной степени затрагивают все стороны познавательной деятельности, эмоциональную и волевую сферы. У значительной части детей с задержкой обнаруживается парциальность (мозаичность) нарушений. Так, у детей с легкой формой ЗПР церебрально-органического генеза без грубых энцефалопатических расстройств структура дефекта представлена

динамическим характером нарушений в виде низкого психического тонуса и истощаемого внимания, слабостью механической памяти. При этом нет первичных нарушений восприятия, пространственных представлений, фонематического слуха. При грубом органическом поражении мозга дети с ЗПР имеют более выраженные и стойкие нейродинамические нарушения, сочетающиеся с первичной дефицитарностью восприятия, пространственных представлений, механической памяти, речевой моторики и фонематического слуха. Даже при тяжелых формах ЗПР речь идет больше о первичном нарушении предпосылок мышления, а не самого мышления, как при умственной отсталости. Можно сказать, что у детей с ЗПР преимущественно недоразвиты элементарные психические функции, а у умственно отсталых — высшие, которые, в свою очередь, тормозят развитие элементарных. Так, у младших школьников с ЗПР продуктивность опосредованной памяти значимо выше продуктивности непосредственной. При умственной отсталости в этом возрасте эффективность введения опосредующего звена не повышает эффективность запоминания.

*Познавательная активность.* Низкий уровень познавательной активности признается специфической закономерностью как детей с ЗПР, так и умственно отсталых. Однако ребенок с задержкой демонстрирует большую любознательность на занятиях, не требующих интеллектуальных усилий (играх), проявляет даже некоторую интеллектуальность внешкольных, бытовых знаний, увлечений, более выраженную устойчивость интересов. Для умственно отсталых детей характерна интеллектуальная пассивность в любых занятиях.

*Стойкость нарушений психических функций.* При умственной отсталости интеллектуальная недостаточность необратима. Она не может быть исправлена даже хорошим коррекционным обучением, но ребенка необходимо развивать в целях более успешной адаптации в обществе. ЗПР во многих случаях может быть временной. Психика таких детей более восприимчива к прогрессивным изменениям. Иногда достаточно незначительной по времени коррекции, использования индивидуального подхода в обучении, чтобы ребенок с ЗПР смог преодолеть отставание. Специалисты с осторожностью используют термин «временная» лишь относительно детей с выраженной ЗПР церебрально-органического происхождения, но и в этом случае прогноз развития лучше.

*Степень выраженности нарушений психических функций.* Специальные исследования познавательной и личностной сфер двух категорий детей показали, что умственно отсталые демонстрируют более грубые нарушения. В группе детей с ЗПР существует тенденция к относительно меньшей выраженности недоразвития психических функций. Особое дифференциально-диагностическое значение имеет оценка обучаемости. Обучаемость — это способность ребенка к овладению новыми навыками. Она имеет три основных критерия: скорость обучения, необходимый объем помощи и перенос сформированного навыка на аналогичный материал. Для детей с умственной отсталостью характерны грубые нарушения обучаемости из-за затруднений формирования новых нервных связей. Дети с ЗПР отличаются неплохой обучаемостью, если организована специальная помощь, созданы благоприятные условия. Таким образом, они обладают более широкой зоной ближайшего развития. Усваивая с помощью взрослого тот или иной навык, ребенок с ЗПР более эффективно использует его в новых условиях для решения сходных задач. Умственно отсталый ребенок демонстрирует слабую способность к переносу. Во-первых, это связано с выраженной недостаточностью мыслительной операции обобщения: ребенку сложно увидеть общее в разных ситуациях. Во-вторых, инертность и стереотипность мышления мешают изменять привычные навыки в соответствии с ситуацией.

По мнению Лубовского, для решения задач дифференциальной диагностики большое значение имеют показатели развития трех видов мышления — наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического, речи и состояния потенциальных возможностей ребенка или обучаемости (Лубовский В. И., 1989, 2010). В случае выявления недостаточности указанных сторон психики диагност должен рассмотреть ее в структуре нарушенного развития, а именно ответить на вопрос о первичности или вторичности такой недостаточности. Первичное нарушение является более выраженным, стойким и имеет меньшую зону ближайшего развития, вторичное нарушение выражено меньше и легче преодолевается в процессе коррекции.

Автор выделяет три степени выраженности недостаточности мышления, речи и обучаемости:

- отсутствие недостаточности, состояние функции, соответствующее уровню нормального развития (или близкое к нормальному);

- слабые или умеренно (в «средней» степени) выраженные нарушения функции;
- грубая недостаточность функции.

Этот подход можно рассмотреть в виде таблицы, в которой степень нарушения соответствующих функций отмечена знаком «X» в нужных столбцах (в скобках обозначаются реже встречающиеся варианты) (табл. 15).

Таблица 15

**Оценка недостаточности психических функций при умственной отсталости, задержке психического развития и общем недоразвитии речи**

Категория нарушения развития	Нарушения								
	мышления			речи			обучаемости		
	отсутствует	слабая или средняя степень	грубая	отсутствует	слабая или средняя степень	грубая	отсутствует	слабая или средняя степень	грубая
Умственная отсталость			X	(X)	X				X
Задержка психического развития		X		(X)	X			X	
Общее недоразвитие речи	X	(X)				X	X	(X)	

Для ЗПР характерны легкая или средняя степень недостаточности мышления, отсутствие или легкая/средняя степень речевых нарушений, слегка или умеренно сниженная обучаемость.

На умственную отсталость будут указывать грубые нарушения мыслительной деятельности, слабо или умеренно выраженное отставание в речевом развитии и грубое снижение обучаемости из-за затруднений формирования новых нервных связей. При легкой, не осложненной речевой патологией умственной отсталости, а также при эффективной коррекционной работе до момента обследования возможен близкий к нормальному уровень развития речи.

При общем недоразвитии речи отсутствуют нарушения в наглядном мышлении, имеются легкие относительно умственной отсталости затруднения словесно-логического мыш-

ления, характерны грубые недостатки речи, нормальная или слабо сниженная обучаемость, которая выявляется преимущественно в заданиях верbalного характера.

**Третья задача** – дифференциация внутри ЗПР. Здесь психолог тщательно оценивает возможные причины и конкретизирует представление о структуре нарушенного развития. Специалист определяет: что выходит на первый план – несформированность познавательной сферы (познавательной активности, восприятия, памяти, внимания, мышления, речи) или недостаточность произвольной регуляции (эмоциональной, волевой сфер и внимания).

Так, ведущим фактором в структуре ЗПР конституционального, соматогенного и психогенного происхождения является незрелость эмоционально-волевой сферы и внимания. Это, в свою очередь, ведет к некоторому замедлению развития познавательной сферы, вызывает проблемы освоения образовательных программ. Нарушения восприятия, пространственных представлений, речи, мышления следует признать вторичными. Они, как правило, являются менее стойкими и легче компенсируются в процессе психокоррекции, лечения или оптимизации условий воспитания, чем у детей с ЗПР церебрально-органического генеза. Зачастую специалисты ПМПК не ставят диагноз ЗПР, если не выявляется церебрально-органическая природа нарушения, а используют термин «дети группы риска», что не снижает актуальность особой коррекционной помощи. В настоящее время таким детям рекомендуется обучение в классах компенсирующего обучения либо в обычных классах при индивидуальном подходе и охранительном режиме.

При ЗПР церебрально-органического происхождения ведущим фактором является несформированность познавательной деятельности, сочетающаяся с отклонениями в эмоционально-волевой сфере. При легком органическом поражении мозга в развитии познавательной сферы на первый план выступает недостаточность внимания и механической памяти, при грубом – недостаточность внимания, восприятия, пространственных представлений, механической памяти, речевой моторики и фонематического слуха.

Что касается мышления, то при ЗПР стоит говорить о преимущественно вторичном нарушении мышления. Известно, что первичная дефицитарность мышления наблюдается на всех уровнях: наглядно-действенном, наглядно-образном и словес-

но-логическом, которая проявляется у детей с умственной отсталостью. При ЗПР церебрально-органического генеза имеются выраженное недоразвитие операций словесно-логического мышления, которое компенсируется в сотрудничестве со взрослым. Мышление «в действиях» у таких детей либо вовсе не страдает, либо нарушено вторично вследствие недостаточности произвольной регуляции или тонкой моторики. Несформированность мышления «в образах» вытекает из недостаточности восприятия и представлений. Оно в большей степени, чем словесно-логическое, чувствительно к помощи (подсказкам) диагноза в обучающем эксперименте (например, в работе с разрезными картинками). За период начальной школы под влиянием коррекционного обучения и психологической помощи происходит значительное продвижение в развитии наглядно-образного мышления. Так, в начале среднего школьного возраста дети с ЗПР решают в среднем 84 % задач «Прогрессивных матриц» Равена, их здоровые сверстники — 92 % (Монкевичене О. П., 1988).

Вывод о первичном характере нарушения речи психолог может делать лишь на основе результатов логопедического обследования и наличия соответствующих диагнозов (моторная алалия, сенсорная алалия, дизартрия и др.).

Дети с ЗПР церебрально-органического происхождения направляются для обучения в специальные коррекционные учреждения VII вида или классы коррекционно-развивающего обучения (КРО) в массовых школах. Дети с легкой ЗПР церебрально-органического генеза, обучающиеся в классах КРО, переводятся в традиционные классы через 1–4 учебных года и успешно в них обучаются. В случае выраженной ЗПР ребенок нуждается в коррекционной помощи вплоть до 9 класса, а в большинстве случаев и при получении начального профобразования.

**Четвертая задача** — идеографическое изучение личности ребенка. В отличие от других направлений обследования решение данной задачи менее формализовано и не предполагает сопоставлений с нормами/уровнями развития психических функций. Для него характерно внимание к уникальным, свойственным только данному ребенку психологическим и социальному-психологическим особенностям. Такой подход реализуется в традициях клинико-психологического метода, направленного на изучение больного, а не болезни (Иовлев Б. В., Щелко-

ва О. Ю., 2011), личности ребенка, а не структуры нарушенного развития.

Анализ «отдельного случая» существенно дополняет данные, полученные на дифференциально-диагностическом этапе. Он позволяет наметить пути индивидуального подхода в обучении и воспитании, а также разработать программу психокоррекции, психологического консультирования и психопрофилактики. Объектом исследования здесь, как правило, становятся те стороны психики, которые не могут быть описаны в терминах возрастных норм:

- индивидуально-типологические особенности ребенка (темперамент, сензитивность к физическим и социальным воздействиям, боли и др.);
- конкретные трудности в учебе и их связь со структурой нарушенного развития;
- преобладающие интересы, склонности;
- особенности системы отношений (к самому себе, родственникам, воспитателям, учителям, сверстникам, учебе, здоровью, лечению, будущему и др.);
- степень осознания и личностное реагирование на «дефект» (на свои трудности в учебе, конфликтность в общении, непопулярность в детской группе и др.).

Особое значение имеет изучение многообразия социальных условий развития (особенности внутрисемейных отношений, воспитания, межличностных отношений в группе сверстников). При этом важно не только констатировать благополучие/неблагополучие таких условий, но и оценить, как они переживаются самим ребенком. Это позволит очертить круг источников негативных эмоций, межличностных и внутриличностных конфликтов. Идеографическое изучение проводится в процессе беседы, наблюдения, а также с помощью личностных опросников, социометрии и проективных методик.

И последняя, **пятая задача** предполагает характеристику динамики психического развития ребенка в процессе лечения, обучения или психологической коррекции. Отвечая динамическому принципу, такое исследование дополняет целостную картину развития ребенка, конкретизирует его потенциальные возможности, а также дает оценку эффективности определенного метода лечения, образовательной или психокоррекционной программы. Для этого сравнивают показатели одних и тех же диагностических процедур до и после вмешательства.

### 1.3. Методы психологического обследования

Учет комплексного и системного принципов психологического обследования детей с ЗПР требует использования широкого комплекса методов. К экстенсивным методам относятся анамнестический, беседа и наблюдение, к интенсивным — тест интеллекта, патопсихологический и обучающий эксперименты. Охарактеризуем их.

#### Экстенсивные методы

**Анамнестический метод** направлен на сбор сведений медицинского, социального, педагогического и психологического характера, помогающих диагносту составить представление о предшествующем развитии ребенка и возможных причинах задержки. Результаты медицинского обследования психолог получает в процессе беседы с врачами и изучения медицинской карты детской поликлиники, выписки из истории болезни, заключений врачей различного профиля. Остальные данные собираются со слов родителей (опекунов), воспитателя, учителя, социального работника, представителя органов опеки и др.

В анамнез ребенка с предполагаемой ЗПР должны быть включены:

- общие сведения о ребенке (фамилия, имя, дата рождения, посещает ли образовательное учреждение, какого типа);
- причины обращения к психологу. Если ребенок уже посещает детский сад или школу, то содержание жалоб родителя необходимо соотнести с педагогической характеристикой, которую составляет воспитатель, учитель в массовом образовательном учреждении, дефектолог в коррекционном. Такая характеристика должна включать сведения о знаниях, умениях, навыках, трудностях освоения дошкольной или школьной образовательной программы, особенностях поведения и интересах;
- социальная характеристика семьи: состав, пол, возраст членов семьи, род занятий, семейные условия. Оценку семейных условий развития ребенка можно проводить с опорой на следующую схему (Левченко И. Ю. и др., 2003): А) Оптимальные. Высшее образование родителей. Высокий культурный уровень семьи. Достаточная материальная обеспеченность. Хорошие жилищные условия. Здоровая в психологическом отношении атмосфера. Благоприятное отношение к ребенку. Отсутствие вредных

привычек. Оптимальное состояние здоровья родителей. Б) Хорошие. Высшее и среднее образование родителей. Высокий и удовлетворительный культурный уровень. Хорошие материально-бытовые условия. Благоприятное отношение в семье к ребенку. Вредные привычки, кроме злоупотребления алкоголем. Хорошее состояние здоровья родителей. В) Удовлетворительные. Один из показателей является неудовлетворительным (культурный уровень, жилищные условия, взаимоотношения в семье). Удовлетворительное состояние здоровья родителей. Недостаточно благоприятное отношение к ребенку, либо есть моменты неудовлетворительного отношения. Г) Неудовлетворительные. Наличие в семье двух и более неудовлетворительных показателей. Низкий уровень культуры. Неблагоприятный психологический климат в семье. Неудовлетворительное отношение к ребенку. Вредные привычки — злоупотребление алкоголем. Неудовлетворительное состояние здоровья родителей;

- заключения педиатра, психиатра и невропатолога об общем состоянии ребенка, наличии тяжелых соматических заболеваний, перенесенных черепно-мозговых травмах, психоневрологических расстройств. Отмечается, у каких специалистов и с какого возраста ребенок состоял на диспансерном учете;
- сведения о протекании беременности (наличие токсикозов, угроз выкидыша, заболевания матери, профессиональные вредности, стрессовые ситуации во время беременности и др.);
- сведения о родах (роды срочные, преждевременные, поздние; патологическое течение родов, родовые травмы, асфиксия, стимуляция родов, оценка по шкале Апгар);
- особенности развития ребенка в младенческом и раннем возрасте (развитие двигательной сферы, речи, навыков опрятности, самообслуживания, наличие психопатологических синдромов, травм головы, обмороков, судорог);
- значимые события жизни ребенка (позитивные и негативные), источники положительных и отрицательных эмоций;
- преобладающие интересы, симпатии и антипатии к конкретным людям.

**Метод беседы.** Информация, полученная в процессе беседы и наблюдения, способна существенно дополнить анамнез-

стические сведения и результаты экспериментальных методик, расширить возможности качественного анализа, а порой и изменить первоначальную гипотезу диагноза. Беседа с родителем (опекуном) и специалистами проводится с целью сбора анамнестических данных. Беседа с ребенком должна использоваться в обследовании как минимум дважды, так как необходима для решения нескольких задач:

- *установления контакта, создания атмосферы доверия и интереса к психологу со стороны ребенка.* Для этого диагност организует условия безопасного, безоценочного общения, используя рисование, игровые приемы, рассматривание картинок, игрушек, чтение. Психологу не стоит использовать экспериментальные методики, пока он не уверен, что у ребенка нет излишней эмоциональной напряженности;
- *оценки осведомленности.* Психолог подбирает вопросы в соответствии с возрастом обследуемого. Например, перед поступлением в школу стоит оценить представления о себе (имя, фамилия, пол, возраст, место жительства, семья), временах года, диких и домашних животных, школе, быте, взрослых профессиях;
- *оценки речи.* Проводится анализ спонтанной речи и ответов на вопросы (в том числе на осведомленность). Следует признать, что полную и квалифицированную характеристику речевого развития дает логопед. Психолог, ориентируясь на нормы развития речи в данном возрасте, может констатировать наличие/отсутствие фразовой речи, недостатки произношения отдельных звуков, ограниченность активного словаря, ошибки в грамматическом оформлении фраз, уровень активности и целенаправленности речевых высказываний;
- *оценки эмоциональной сферы.* Отмечается характер эмоциональных реакций на вопросы и преобладающий эмоциональный фон общения;
- *углубленного изучения личности ребенка.* Выясняется эмоциональное отношение к значимым событиям в жизни, симпатии и антипатии к людям, источники позитивных и негативных переживаний. Оценивается отношение к себе, своим достижениям, проблемам (трудности в учебе, конфликтность в общении и др.). Выявляются преобладающие интересы: любимые игрушки, телепередачи, книги, учебные предметы, хобби.

При проведении беседы необходимо учитывать повышенную внушаемость и склонность к персеверациям детей с ЗПР, поэтому следует избегать закрытых вопросов, на которые ребенок может ответить только «да» или «нет» или бездумно повторить один из предложенных вариантов.

**Метод наблюдения.** Наблюдение за поведением и деятельностью проводится в естественной для ребенка обстановке (в игровой комнате, группе детского сада, классе, домашней обстановке), а также в процессе экспериментально-психологического обследования. Следует признать, что сплошное наблюдение, когда психолог фиксирует все проявления психики ребенка, трудно реализовать из-за большой затраты времени. Оптимальным является выборочный, целенаправленный мониторинг в традициях «естественного эксперимента» изучения индивидуальности А. Ф. Лазурского (1980). Автор предлагал намеренно вызывать определенные психические реакции таким образом, чтобы исследуемый не смущался и не подозревал, что над ним производятся опыты. Например, можно показать потенциально информативную игрушку, подключить родителя к совместной работе, пригласить в игру сверстника, создать фрустрационную ситуацию.

В наблюдении за ребенком, у которого предполагается отставание в развитии, актуальна фиксация показателей, которые могут иметь большое дифференциально-диагностическое значение:

- двигательной сферы: ловкость, координированность, быстрота, порывистость движений, недостаточность тонкой моторики, наличие двигательной расторможенности, стереотипных или навязчивых движений;
- внешнего вида (опрятность), навыков опрятности, самообслуживания при еде, одевании;
- эмоциональной сферы: преобладающий фон настроения, наличие острых эмоциональных реакций или негативных эмоциональных состояний, эмоциональные реакции на новизну, успех, неудачу, похвалу, запрет, порицание;
- игры: инициативность, интерес, случайный или тематический выбор игрушек, адекватность их использования, уровень развития игры (манipулятивная, процессуальная, сюжетная), игровые предпочтения;
- общения со взрослыми и сверстниками: контактность, стремление к общению — уклонение — навязчивое общение; говорливость — избегание/отказ от внешней речи,

- формальность контакта — интерес к собеседнику и ситуации общения, использование невербальных средств общения, поведение по отношению к взрослым и сверстникам;
- специально организованной деятельности (рисование, конструирование, выполнение диагностических заданий): познавательный интерес, интерес к процессу и результату деятельности, активность — пассивность, организованность — хаотичность;
  - учебной деятельности: интерес к учебе и учебным предметам, темп работы, активность, самостоятельность, работоспособность (нормальная, сниженная, колебания), дисциплинированность, реакция на положительные и отрицательные оценки.

Для обеспечения объективности наблюдения используются специально разработанные карты (например, карта наблюдений Д. Стотта), опросные листы, которые могут заполняться психологами, педагогами, родителями.

Представим разработанный нами **«Опросник диагностики эмоционального неблагополучия»** (ОДЭН) (Миланич Ю. М., 1998). Цель методики: количественная оценка проявлений, характеризующих эмоциональное неблагополучие детей. Возраст обследуемых: дошкольный (табл. 16).

*Таблица 16*

**Шкала оценок и текст опросника диагностики  
эмоционального неблагополучия**

Номер шкалы	Шкала	Кол-во баллов
1	Настроение	
1.1	Настроение пониженное, часто плачет, раздражается без всяких на то причин	3
1.2	Настроение пониженное, часто плачет, раздражается по любому поводу	2
1.3	Настроение пониженное, плачет, раздражается, когда есть серьезные причины (когда очень обидно, когда что-то не получается)	1
1.4	Настроение ровное, не плачет, не раздражается	0
2	Сон	
2.1	Засыпает медленно и/или часто просыпается и двигается в постели и/или встает ...неохотно всегда	3
2.2	...часто	2
2.3	...иногда	1
2.4	Засыпает быстро, сон продолжительный без просыпания, встает бодро и охотно	0

*Продолжение табл. 16*

Номер шкалы	Шкала	Кол-во баллов
3	Аппетит	
3.1	Аппетит плохой и/или разборчив в еде всегда	3
3.2	...часто	2
3.3	...иногда	1
3.4	Аппетит хороший, в еде неразборчив	0
4	Потливость	
4.1	Общая потливость повышенная днем и/или ночью	3
4.2	Ладони потливы постоянно	2
4.3	Ладони потливы часто	1
4.4	Ладони не потеют	0
5	Недержание мочи, кала	
5.1	Бывает недержание мочи и/или кала ночью и днем практически каждый день	3
5.2	...часто	2
5.3	...редко	1
5.4	Не бывает недержания мочи и кала	0
6	Вредные привычки	
6.1	Грызет ногти и/или сосет палец и/играет с какой-либо частью тела очень часто	3
6.2	...часто	2
6.3	...иногда	1
6.4	...никогда	0
7.	Жалобы на самочувствие	
7.1	Жалуется на боли в животе, и/или голове, и/или тошноту, и/или головокружение практически каждый день	3
7.2	...часто	2
7.3	...иногда	1
7.4	...не чаще, чем другие дети	0
8	Тревога и страхи	
8.1	Частая выраженная тревога, страхи (по содержанию)* с двигательным беспокойством или заторможенностью	3
8.2	Часто тревожится, легко пугается по незначительным поводам	2
8.3	Редкая тревога, страх, проявляющийся только при действии неприятных факторов	1
8.4	Отсутствует тревога и страхи	0
9	Двигательная активность	
A) 9.1	Суетлив, излишне подвижен, плохо концентрирует внимание всегда	3
A) 9.2	...часто	2
A) 9.3	...иногда	1

Номер шкалы	Шкала	Кол-во баллов
A) 9.4	Адекватно активен	0
	или	
B) 9.1	Вял, заторможен, плохо концентрирует внимание всегда	3
B) 9.2	...часто	2
B) 9.3	...иногда	1
B) 9.4	Адекватно активен	0
10	Особенности общения со сверстниками	
A) 10.1	Не стремится к общению, и/или отказывается от него из-за недостаточно доброжелательного отношения сверстников, и/или уклоняется от общения, несмотря на доброжелательное отношение всегда	3
A) 10.2	...часто	2
A) 10.3	...иногда	1
A) 10.4	...никогда	0
	или	
B) 10.1	Стремится к общению, но его не хотят принимать и/или, несмотря на обоюдное желание, контакты сопровождаются конфликтами всегда	3
B) 10.2	...часто	2
B) 10.3	...иногда	1
B) 10.4	...никогда	0
11	Неуверенность в себе	
11.1	Уклоняется от соревновательных игр, проверки реальных возможностей, боится неудачи всегда	3
11.2	...часто	2
11.3	...иногда	1
11.4	...никогда	0
12	Чрезмерная чувствительность к замечаниям, наказаниям, оценке	
12.1	Все «принимает близко к сердцу» и/или проявляет вербальную или физическую агрессию всегда	3
12.2	...часто	2
12.3	...иногда	1
12.4	...никогда	0
13	Заикается	
13.1	Да	3
13.2	Нет	0
14	Тики (часто моргает, «шмыгает» носом, дергает плечом, рукой и др.)	
14.1	Да	3
14.2	Нет	0

\* Страх: темноты, высоты, шума, животных, сказочных или придуманных самим ребенком персонажей, чужих людей, одиночества, боли, болезни, смерти своей или родителей, «дырки» (например, вентиляционных ходов, люков), неизвестности, закрытых или открытых темных комнат, шкафов и др.

**Процедура проведения.** По каждой из шкал регистрируется наиболее подходящее для данного ребенка в настоящее время описание нарушений и соответствующий балл. Дополнительно учитываются содержательные характеристики тревоги и страха.

**Оценка результатов.** Опросник дает возможность получить количественные оценки трех факторов:

- соматовегетативных нарушений (аппетит (3), потливость (4), недержание мочи, кала (5), жалобы на самочувствие (7));
- преневротических нарушений (настроение (1), сон (2), вредные привычки (6), тревога и страхи (8), неуверенность в себе (11), чрезмерная чувствительность (12), зажикание (13), тики (14));
- поведенческих нарушений (двигательная активность (9), особенности общения (10)).

Подсчитывается также общий показатель — степень эмоционального неблагополучия (СЭН).

Совокупность выделенных соматовегетативных, преневротических и поведенческих проявлений является ценным диагностическим признаком, позволяющим выявить дошкольников с эмоциональными нарушениями и проследить динамику состояния детей в процессе психокоррекции. Соматовегетативные дисфункции могут быть симптомами собственно соматического страдания, но их учет важен для характеристики состояния эмоционально-неблагополучного ребенка. По нашим данным, дошкольники с ЗПР получают значимо более высокие результаты по трем факторам и общему показателю СЭН в сравнении с нормально развивающимися сверстниками.

В качестве карты наблюдений за поведением и деятельностью ребенка при предположении у него ЗПР может быть также использована совокупность критериев синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), представленная в классификации Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) и рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения для практического применения (табл. 17). При СДВГ на первый план выступают нарушения внимания, не соответствующая ситуации избыточная двигательная активность (гиперактивность), импульсивность в интеллектуальной деятельности и социальном поведении, конфликтное общение, двигательная неловкость вследствие статико-локомоторной недостаточности.

Таблица 17

**Диагностические критерии синдрома дефицита внимания  
с гиперактивностью по классификации DSM IV (1994)**

<b>A.</b> Для постановки диагноза необходимо наличие следующих симптомов.
I. Шести или более из перечисленных симптомов невнимательности, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам
<b>Невнимательность</b>
1. Ребенок часто не способен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.
2. Обычно с трудом удерживает внимание при выполнении заданий или во время игр.
3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
4. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).
5. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.
6. Обычно сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения, избегает их, высказывает недовольство (например, при выполнении школьных заданий, домашней работы).
7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).
8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.
9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях
II. Шести или более из перечисленных симптомов гиперактивности и импульсивности, которые сохраняются на протяжении по меньшей мере 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам
<b>Гиперактивность</b>
1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, ребенок крутится, вертится.
2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда этого делать нельзя.
3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему прикрепили мотор».
6. Часто бывает болтливым
<b>Импульсивность</b>
1. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.
2. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
3. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры)
<b>B.</b> Некоторые симптомы импульсивности, гиперактивности и невнимательности начинают вызывать беспокойство окружающих в возрасте до 7 лет
<b>C.</b> Проблемы, обусловленные вышеупомянутыми симптомами, возникают в двух или более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома)
<b>D.</b> Имеются убедительные сведения о клинически значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении

Следует знать, что диагноз СДВГ должен ставить врач. Однако его критерии важно знать психологам для того, чтобы как можно раньше направить ребенка на консультацию к специалисту, который ставит или исключает этот диагноз, а также для того, чтобы дополнить результаты обследования, полученные с помощью интенсивных методов.

## Интенсивные методы

**Оценка интеллекта** представляет собой совокупность разнородных интеллектуальных заданий, оцениваемых в результате единым показателем.

В нашей стране широкое распространение получили тесты Д. Векслера. В 1949 г. была разработана шкала интеллекта для детей от 5 до 16 лет Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC). Перевод WISC и адаптация материалов ее субтестов на русский язык осуществлена А. Ю. Панасюком в 1973 г. Это издание имеет ряд недостатков, затрудняющих грамотное использование WISC. Ю. И. Филимоненко, В. И. Тимофеев устранили эти мелкие редакторские погрешности в описании Панасюка, унифицировали работу экспериментатора с WISC, а также включили дополнительную информацию, полезную для корректного применения методики.

В 1967 г. Векслер опубликовал шкалу интеллекта для дошкольников и младших школьников Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) — для детей от 4 до 6,5 года. В нашей стране она была адаптирована М. Н. Ильиной. С полным описанием обеих шкал для детей можно познакомиться в книге: Ильина М. Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. СПб.: Питер, 2006.

Шкалы признаны хорошо стандартизованными, нормированными, надежными и валидными (Анастази А., Урбина С., 2002; [Бурлачук, 2002](#); Дружинин В. Н., 1999; Психологическая диагностика, 2003). Тесты состоят из нескольких субтестов, которые измеряют разные умственные способности, а в сумме дают IQ — коэффициент интеллекта.

На репрезентативной выборке испытуемых Векслер предложил статистически обоснованную классификацию уровней интеллекта. В соответствии с этой классификацией производится интерпретация показателя IQ (табл. 18).

Таблица 18

## Классификация уровней интеллекта (по: Гильяшева И. Н., 1987)

IQ	Уровень интеллектуального развития	Процент в популяции
130 и более	Очень высокий	2,2
120–129	Высокий	6,7
110–119	Хорошая норма	16,1
90–109	Средний	50,0
80–89	Низкая норма	16,1
70–79	Пограничная норма	6,7
69 и менее	Умственный дефект	2,2

В. Н. Дружинин (1999) приводит такие же нормы, однако названия каждого уровня несколько отличаются.

Классификация умственной отсталости приводится в Международной классификации болезней: 50–69 — легкая умственная отсталость; 35–49 — умеренная умственная отсталость; 20–34 — тяжелая умственная отсталость; меньше 20 — глубокая умственная отсталость.

Однако, как совершенно справедливо указывается в МКБ, коэффициенты интеллектуального развития должны использоваться с учетом проблем кросскультурной адекватности. Коэффициент умственного развития должен определяться по индивидуально назначаемому стандартизированному тесту, для которого установлены местные культуральные нормы, и тест должен быть адекватен по уровню функционирования условий, в которых находится индивидуум.

Р. Хернштайн и Ч. Мюррей в результате анализа огромных массивов измерения IQ у американских граждан пришли к выводу, что у разных этнических и социальных групп IQ различается. Авторы поделили все американское общество на пять классов: 1) IQ = 125 – 150. Лица с очень высоким интеллектом; 2) IQ = 110–125. Лица с высоким интеллектом; 3) IQ = 90–110. Лица с нормальным интеллектом; 4) IQ = 75 – 90. Лица с низким интеллектом; 5) IQ = 50 – 75. Лица с очень низким интеллектом. Как видно, границей низкого интеллекта является 90 единиц, а не 69, как у Вексслера. Это повышение границы авторы объясняют возрастанием уровня среднего интеллекта во всей американской популяции.

Й. Шванцара пишет, что оценивать результаты тестирования интеллекта по Вексслеру приходится лишь приблизительно. «В свете собственного опыта эти нормы для наших условий

слишком доброжелательны, и результат в общем бывает приблизительно на 10 очков IQ завышенным» (1978).

Учитывая сложную программу обучения детей в современной школе, эмпирически установлено, что успешно обучаться в массовой школе могут дети, имеющие IQ не ниже 95. Поэтому показатели IQ на уровне 80–94 расцениваются как ЗПР (Шумаров Г. В., 1979; **Лусканова, 1987;** Ильина М. Н., 2004).

В результате многолетнего обследования детей в ППЦ «Здоровье» Петроградского района Санкт-Петербурга были эмпирически установлены нормативы уровней IQ для конкретных социально-культуральных особенностей детей города с учетом специфики организации дошкольного и школьного обучения (Ильина М. Н., 2004) (табл. 19).

Таблица 19

**Классификация уровня интеллекта по данным ППЦ «Здоровье»  
Петроградского района Санкт-Петербурга**

IQ	Уровень интеллектуального развития
126 и более	Интеллектуальная одаренность
110–125	Высокая возрастная норма
95–109	Возрастная норма
80–94	Пограничная норма (ЗПР)
65–79	Легкая степень умственной отсталости
64–50	Умеренная умственная отсталость

Для детей с IQ 65–79 единиц наиболее оптимальным образовательным маршрутом является обучение в школе коррекционного типа для умственно отсталых или посещение детских садов такого же типа; для детей с IQ 80–94 единицы — обучение в детских садах и школах для детей с ЗПР, а для детей, имеющих IQ больше 95, — посещение обычных детских садов и обучение в массовых школах. Однако рекомендации о целесообразности обучения в том или ином детском учреждении, естественно, должны основываться не только на показателе IQ.

Тест WISC предназначен для оценки интеллектуального развития детей в возрасте от 5 до 16 лет. Однако есть указание на то, что действительно информативными и надежными результаты тестирования становятся начиная с 7–8 лет.

Факторный анализ данных WISC, как правило, обнаруживает ту же факторную структуру интеллекта, что и у взрослых. Первоначально предполагалось, что общий интеллект включает вербальный и невербальный компоненты. Впоследствии была представлена следующая факторная структура интеллекта: вер-

бальное понимание, пространственная организация, оперативная память/внимание. Тест позволяет получить не только общий показатель интеллекта (IQ), но и отдельно показатели по вербальному и невербальному интеллекту. Возможен подсчет суммарных показателей по трем факторам: вербальное понимание, пространственная организация, оперативная память/внимание. Количественные данные по каждому из субтестов позволяют построить «интеллектуальный профиль» и проводить качественную характеристику умственного развития. Представим краткую психологическую характеристику субтестов.

### **Вербальные субтесты**

1. Субтест «Осведомленность» имеет целью выявление и измерение общего объема и уровня относительно простых знаний и тем самым направленности и широты познавательных интересов, степени развития основных интеллектуальных функций (памяти и мышления).

2. Субтест «Понятливость» имеет целью выявление умений делать умозаключения на основе жизненного опыта и с опорой на здравый смысл.

3. Субтест «Арифметический» оценивает концентрированность произвольного внимания, сообразительность, четкость оперирования числовым материалом.

4. Субтест «Сходство» имеет целью измерение способностей к логическому обобщению и степени развития этих способностей.

5. «Словарный запас» субтест оценивает свободное оперирование словами родного языка.

6. Субтест «Повторение цифр» оценивает качество оперативной памяти и активного внимания.

### **Невербальные субтесты**

7. Субтест «Недостающие детали» имеет целью измерение перцептивных способностей, включенных в зрительное узнавание знакомых объектов, умение отличать существенное от второстепенного в зрительных образах.

8. Субтест «Последовательные картинки» оценивает умение организовать отдельные части смыслового сюжета в единое целое.

9. Субтест «Кубики Кооса» имеет целью выявление аналитико-синтетических способностей, оценку способности анализировать целое через составляющие его части, пространственное воображение.

10. Субтест «Складывание фигур» оценивает умение соотнести части и целое при необходимости воссоздания образа фигуры практически.

11. Субтест «Шифровка» оценивает свойства внимания (концентрацию, распределение, переключение), восприятие, зрительно-моторную координацию, скорость формирования новых навыков, способность к интеграции зрительно-двигательных стимулов.

12. Субтест «Лабиринты» выявляет аналитико-синтетические способности, умение последовательно решать перцептивные задачи, удерживая свои действия в рамках указанных экспериментатором ограничений; меру устойчивости и произвольности внимания; эффективность работы оперативной памяти.

Методика WPPSI предназначена для изучения интеллектуальных способностей ребенка дошкольного возраста (4–6,5 года). Структура теста соответствует принципам построения методик Векслера для школьников и взрослых. Субтесты WPPSI делятся на группы: вербальные (5 субтестов) и невербальные (5 субтестов). К вербальным относятся: «Осведомленность», «Словарный запас», «Арифметический», «Сходство», «Понятливость». К невербальным: «Дома животных» (идентичен субтесту «Шифровка» из WISC, но в большей степени адаптирован для маленьких детей, так как носит игровой характер), «Недостающие детали», «Лабиринты», «Геометрические фигуры» (такого субтеста в WISC нет, он требует от ребенка способности к анализу, пространственному расположению фигуры на листе бумаги, умению графически изображать предъявленный образец), «Кубики (пластины)» (идентичен субтесту из WISC «Кубики Кооса»).

В табл. 20 представлены результаты исследования интеллекта детей с нормальным психическим развитием (НПР) и детей с ЗПР по методике Д. Векслера для дошкольников (WPPSI).

Выявлены достоверные различия между I группой (дети с НПР) и II группой (дети с ЗПР) по всем субтестам, а также по верbalному, невербальному и общему интеллекту. По субтесту «Осведомленность» у детей с ЗПР результаты достоверно более низкие, чем у детей с нормальным интеллектом. Это говорит о том, что у дошкольников с ЗПР (II группа) недостаточный общий объем и уровень относительно простых знаний, недостаточно сформированы направленность ишириота познавательных интересов, память и мышление. Еще большие различия получены по субтесту «Арифметический». Дети с ЗПР хуже справляются с заданиями на оперирование числом-

вым материалом, основу которого составляют такие факторы, как способность к обучению, сообразительность, концентрация произвольного внимания, кратковременная память.

Таблица 20

**Средние значения данных по методике Д. Векслера WPPSI у детей I группы (с нормальным психическим развитием) и II группы (с задержкой психического развития)**

Группа	Шкалы											
	Осведомленность	Понятливость	Арифметический	Сходство	Словесный запас	Дома животных	Неостающие детали	Геометрические фигуры	Кубики Кооса	IQ вербальный	IQ невербальный	IQ общий
I n = 30	10,41	9,96	11,09	12,74	8,96	10,54	12,90	11,64	17,12	104,7	115,9	110,8
II n = 30	7,36	7,37	6,10	6,03	5,86	7,33	11,53	7,30	8,10	76,9	89,4	81,9
Различ.	3,05	2,59	4,99	6,71	3,1	3,21	1,37	4,34	9,02	27,8	26,5	28,9
Достов., p < 0,001	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Однако самые большие отставания в группе ЗПР проявились в субтестах «Сходство» и «Кубики Кооса». Дети хуже справляются с заданиями на установление сходства с определением общих существенных признаков, то есть заданий, которые требуют развитых способностей к логическому обобщению, высокой степени абстрагирования и классификации, сравнения и упорядочивания. Это свидетельствует о менее развитом словесно-логическом мышлении у детей с ЗПР по сравнению с детьми с НПР. Также дети с ЗПР испытывают большие трудности в конструировании объектов, у них значительно хуже развито пространственное воображение.

В табл. 21 представлены результаты исследования интеллекта по I группе (дети с НПР) и по II группе (дети с ЗПР) по методике WISC.

Здесь также выявились достоверные различия по всем субтестам, верbalному, неверbalному и общему интеллекту. Как и в методике WPPSI, значимо выше различия по субтестам «Осведомленность» и «Понятливость». Для детей с ЗПР характерны более низкая способность делать умозаключения на основе жизненного опыта и с опорой на здравый смысл, готовность к умственной

деятельности, самостоятельность и социальная зрелость суждений. Однако наибольшие различия между детьми сравниваемых групп показали субтесты «Сходство», «Повторение цифр» и «Кубики Кооса». То есть и по WPPSI и по WISC получены сходные результаты: в наибольшей степени у детей с ЗПР страдают абстрактное мышление, память и пространственное воображение.

Таблица 21

**Средние значения данных по методике Д. Векслера WISC у детей I группы (дети с нормальным психическим развитием) и II группы (дети с задержкой психического развития)**

Группа	Шкалы												
	Осведомленность	Понятливость	Арифметический	Сходство	Словарный запас	Повторение цифр	Шифровка	Недостающие детали	Складывание фигур	Кубики Кооса	IQ вербальный	IQ невербальный	IQ общий
I n = 30	10,83	12,88	12,00	12,6	6,84	14,00	11,5	13,80	12,90	13,96	107,5	116,9	113
II n = 30	7,33	8,60	9,13	7,26	4,46	8,06	8,26	10,23	8,86	9,13	83,5	92,8	86
Различ.	3,5	4,28	2,87	5,34	2,38	5,94	3,24	3,57	4,04	4,83	24	24,1	27
Дост., <i>p</i> < 0,001	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Структура интеллекта детей с различными формами ЗПР существенно отличается. Приведем сравнительный анализ структуры интеллекта детей следующих групп.

- Первая группа — дети с ЗПР психогенного характера, обусловленной неблагоприятными условиями воспитания — семейно-педагогической запущенностью.
- Вторая группа — дети с ЗПР, имеющие минимальную мозговую дисфункцию (ММД). Критериями для выделения этой группы явилось наличие так называемых «малых неврологических признаков»: гиперкинетические нарушения и нарушения внимания, проявляющиеся в преждевременном прерывании задания, остающегося незаконченным. Учитывались также электрофизиологические симптомы: признаки легкой внутричерепной гипертензии, данные ЭЭГ с картиной дисфункции корковых и мозэнцефалических структур головного мозга.

- Третья группа — дети с ЗПР церебрально-органического генеза. Эта группа детей имеет более грубые органические повреждения головного мозга по сравнению со второй: выраженная патология пренатального периода, грубая задержка психомоторного и речевого развития, в анамнезе — нарушение черепно-мозговой иннервации, наличие неврологических заболеваний (эпилепсия, гиперкинезы, детский церебральный паралич и т. д.). Эти критерии дополнялись наличием выраженного гипертензионно-гидроцефального синдрома и грубыми органическими проявлениями на ЭЭГ.

Разделение детей на группы осуществлялось на основе анамнестических сведений и комплексного психолого-педагогического обследования группой экспертов (психолога, психиатра, психоневролога, логопеда, дефектолога). Конечно, в чистом виде разделить детей по этим группам не представляется возможным, так как, например, во второй и третьей группах были дети и с семейно-педагогической запущенностью, поэтому группы выделялись и по причине тяжести органических нарушений.

В табл. 22 представлены сравнительные результаты исследования интеллекта у детей первой и второй групп.

Таблица 22

**Средние значения данных по методике Д. Векслера WISC у детей I группы (задержка психического развития психогенной формы) и II группы (задержка психического развития с минимальными мозговыми дисфункциями)**

Группа	Шкалы										
	Освдомленность	Арифметический	Сходство	Повторение цифр	Недостающие детали	Последовательность картинок	Кубики Кооса	Шифровка	IQ верbalный	IQ невербальный	IQ общий
I	7,2	8,3	8,1	6,5	9,9	8,4	11,0	7,9	83,7	93,9	89,0
II	7,5	9,3	9,5	7,8	9,5	8,1	10,2	8,6	91,0	91,0	91,6
t	0,53	1,84	2,61	2,15	0,55	0,53	1,10	0,91	2,11	0,86	1,61

Достоверные различия выявлены по субтестам «Сходство», «Повторение цифр» и по верbalному интеллекту: дети первой группы хуже справляются с заданиями на установление сходства, с определением общих существенных признаков понятий, которые требуют развитых способностей к логическому обобщению, высокой степени абстрагирования и классификации, сравнения и упорядочивания. Это свидетельствует о менее развитом словесно-логическом мышлении у детей с ЗПР психогенного характера по сравнению с детьми с ЗПР, обусловленной минимальной мозговой дисфункцией.

Дети первой группы обнаруживают и худшее качество оперативной памяти и внимания (субтест «Повторение цифр»).

Объяснимы расхождения между этими группами по вербальному интеллекту, который значительно ниже у детей с ЗПР психогенного характера. Именно уровень и структура вербального интеллекта теснейшим образом связаны с критериями общей культуры, образованности семьи, многообразием индивидуального жизненного опыта ребенка, всей совокупностью особенностей его социализации.

Можно отметить и различия, не достигшие уровня достоверности, по субтесту «Арифметический». Дети с ЗПР психогенного характера отстают от детей с ЗПР, обусловленной ММД, в способности к оперированию числовым материалом, основу которой составляют такие факторы, как обучение, сообразительность, концентрированность произвольного внимания, кратковременная память.

В табл. 23 представлены сравнительные данные для детей первой и третьей групп. У детей третьей группы на достоверном уровне ниже результаты по субтесту «Кубики Кооса» и вследствие этого по невербальному интеллекту. В целом профили интеллекта детей с ЗПР в первой и третьей группах практически не различаются по вербальным субтестам, но все невербальные субтесты лучше выполняются детьми с ЗПР психогенного характера. У них же выше и показатели общего интеллекта.

Наконец, сравнение показателей интеллекта у детей второй и третьей групп тоже выявило достоверные различия по субтестам «Арифметический» и «Сходство», а также по вербальному и общему интеллекту: более высокий уровень интеллекта по этим показателям имеют дети второй группы (табл. 24).

Таблица 23

Средние значения данных по методике Д. Векслера WISC у детей I группы (с задержкой психического развития психогенной формы) и III группы (с задержкой психического развития грубо органической формы)

Группа	Шкалы										
	Осведомленность	Арифметический	Сходство	Повторение цифр	Недостающие детали	Последовательность картинок	Кубики Кооса	Шифровка	IQ верbalный	IQ невербальный	IQ общий
I	7,2	8,3	8,1	6,5	9,9	8,4	11,0	7,9	83,7	93,9	89,0
III	7,4	8,3	7,8	6,6	9,1	7,8	9,5	7,4	85,0	89,6	86,2
t	0,48	0,0	0,82	0,09	1,21	1,10	1,92	0,77	0,41	2,07	1,80

Таблица 24

Средние значения данных по методике Д. Векслера WISC у детей II группы (задержка психического развития с минимальными мозговыми дисфункциями) и III группы (задержка психического развития грубо органической формы)

Группа	Шкалы										
	Осведомленность	Арифметический	Сходство	Повторение цифр	Недостающие детали	Последовательность картинок	Кубики Кооса	Шифровка	IQ верbalный	IQ невербальный	IQ общий
II	7,5	9,3	9,5	7,8	9,5	8,1	10,2	8,6	91,0	91,0	91,6
III	7,4	8,3	7,8	6,6	9,1	7,8	9,5	7,4	85,0	89,6	86,2
t	0,06	2,09	3,14	1,90	0,48	0,62	0,85	1,25	2,64	0,36	2,85

При сопоставлении результатов по методике Векслера у детей с ЗПР и умственной отсталостью оказалось, что эта методика обладает достаточно большой дифференцирующей силой (Лубовский В. И., 1989; Ильина М. Н., 2006). Результаты по методике Векслера ребенка с предполагаемой ЗПР необходимо сопоставлять с описанными в литературе средними данными по группам детей с ЗПР, умственной отсталостью и НПР. При этом требуется сравнивать показатели общего, верbalного

и невербального интеллекта и осуществлять оценку по отдельным субтестам.

Наибольшую ценность при этом представляют оценки по невербальным заданиям, которые не требуют обязательного речевого ответа и обращены в большей мере к наглядно-действенному и наглядно-образному мышлению, а значит, могут отражать более высокий интеллектуальный потенциал ребенка с ЗПР по сравнению с умственно отсталым. Важно сопоставить различия между показателями детей двух видов дизонтогенеза по верbalным и невербальным заданиям. В табл. 25 представлены средние оценки по 12 субтестам младших школьников с ЗПР и умственной отсталостью.

Таблица 25

**Средние шкальные оценки детей с задержкой психического развития и умственно отсталых по методике Векслера  
(по: Лубовский В. И., 1989)**

Группа	Субтесты											
	вербальные						невербальные					
	Осведомленность	Понятливость	Арифметический	Сходство	Словарный запас	Повторение цифр	Недостающие детали	Последовательность картинок	Кубики Кооса	Складывание фигур	Шифровка	Лабиринт
Умственно отсталые	5,4	6,5	5,4	6,2	4,1	5,1	5,9	5,6	7,6	5,1	5,9	4,9
Задержка психического развития, 1 кл.	6,8	9,7	7,3	8,2	5,1	7,5	9,4	7,8	11,1	7,6	7,6	7,8
Задержка психического развития, 2 кл.	7,2	9,6	10,8	8,0	5,6	7,6	9,3	8,0	11,2	8,4	9,0	8,2

Разница между показателями первоклассников с ЗПР и умственно отсталыми превышает 2 единицы лишь по двум вербальным субтестам, а по невербальным эту разницу имеют пять из шести субтестов, при этом по четырем субтестам различия достигают 2,5–3 единицы.

Табл. 26 дает представление о различиях детей с разным характером отставания и нормально развивающихся сверстников.

Таблица 26

**Относительные величины средних показателей по субтестам у детей с задержкой психического развития и умственно отсталых (в процентах от нормы, округлены до единицы)**  
(по: Лубовский В. И., 1989)

Группа	Субтесты											
	вербальные					невербальные						
	Осведомленность	Понятливость	Арифметический	Сходство	Словарный запас	Повторение цифр	Недостающие детали	Последовательность картинок	Кубики Кооса	Складывание фигур	Шифровка	Лабиринт
Умственно отсталые	50	64	51	66	57	58	56	52	66	58	47	57
Задержка психического развития, 1 кл.	64	95	72	87	71	85	90	73	97	86	60	91
Задержка психического развития, 2 кл.	69	94	100	85	78	87	89	75	97	95	73	94

Близость интеллектуальных профилей детей с ЗПР и нормальным развитием обнаруживается именно по неверbalным заданиям, что указывает на их дифференциально-диагностическую ценность. Исключение составляют показатели по субтестам «Последовательность картинок» и «Шифровка».

Субтесты, которые обнаружили наибольшие различия между детьми с ЗПР и умственно отсталыми, также невербального характера: «Недостающие детали», «Кубики Кооса», «Складывание фигур» и «Лабиринт». Среди вербальных субтестов только один — «Понятливость» — обнаружил значительное расхождение. Это отражает более высокий уровень умозаключений с опорой на жизненный опыт, с использованием словесно-логического мышления при решении задач практически-житейского характера у детей с ЗПР по сравнению с умственно отсталыми.

Дифференциально-диагностическим значением может обладать также величина разброса между максимальной и минимальной оценками в интеллектуальном профиле. У детей с ЗПР она в среднем равна 4 баллам, у детей с умственной отсталостью — 2,5 балла (Ильина М. Н., 2006).

Несмотря на представленные выше диагностические возможности теста Векслера, следует признать его ограничения для психологической оценки задержанного развития. В отдельных случаях дети с легкой степенью умственной отсталости, с неосложненной формой олигофрении могут показать IQ в пределах пограничной нормы, например, если родитель специально «тренировал» ребенка по заданиям, ставшими в последнее время широко доступными в сети Интернет. В то же время у детей с ЗПР можно обнаружить коэффициент интеллекта ниже пограничной нормы при действии в процессе обследования различных факторов (непонимание инструкции, выраженная астения, повышенная тревожность, истощаемость внимания и др.). Как отмечает Лубовский, недостаточным (хотя процент ошибки и снижается) оказывается сопоставление оценок по вербальным и невербальным заданиям (1989). Примерно две трети детей с ЗПР демонстрируют невербальный IQ выше верbalного. У трети младших школьников с задержкой соотношение двух показателей либо обратное, либо находится на одном уровне. И наконец, данные по тесту Векслера не дифференцируют детей с ЗПР и общим недоразвитием речи.

Это указывает на необходимость дополнения показателей теста интеллекта результатами патопсихологического эксперимента. В случае невозможности использования двух методов приоритет должен отдаваться последнему.

### **Патопсихологический эксперимент**

Традиционный для психологического исследования метод эксперимента в организации диагностики психического развития предстает как патопсихологический. Он предполагает выявление нарушений различных сторон психики в специально созданных условиях, обеспечивающих максимально возможное проявление таких нарушений. Конкретные приемы патопсихологического эксперимента направлены на оценку познавательной, эмоционально-волевой, коммуникативной сфер и самосознания. В данном издании будут представлены диагностические методики, которые апробированы и признаны информативными именно в работе с детьми с ЗПР. По совокупности их результатов психолог может констатировать факт и степень отклонения от нормы, характеризовать структуру задержанного развития, решать дифференциально-диагностические задачи. В описании каждой методики содержится указание на литературный ис-

точник, возраст обследуемых, приводятся стимульный материал, процедура проведения и оценка результатов. Представлены особенности выполнения методик детьми с нормальным развитием, ЗПР и умственной отсталостью по данным разных авторов.

### **Изучение восприятия**

Несформированность сенсорно-перцептивной сферы наблюдается у детей с ЗПР церебрально-органического генеза (Шошин П. Б., 1972; Власова Т. А., Певзнер М. С., 1973; Переслени Л. И., 1984; Мамайчук И. И. и др., 2002; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2006). Перцептивные проблемы закладывают нечеткие, неустойчивые, фрагментарные представления, которые в свою очередь тормозят развитие мыслительных операций. Сначала это ограничивает возможности наглядного, а затем и словесного мышления, сказывается на результатах продуктивной деятельности. Исследование восприятия необходимо начинать задолго до школьного возраста. К началу обучения у ребенка должны быть сформированы целостность, предметность, структурность, константность восприятия, способность наблюдать. Важнейшее значение имеет пространственное восприятие, на основе которого формируются пространственные представления: о признаках предметов (форма, величина), о направлениях в пространстве, о пространственных отношениях между предметами.

**Методика «Восприятие формы на доске Сегена».**

**Автор:** И. И. Мамайчук.

**Возраст обследуемых:** дошкольный.

**Цель:** оценка уровня развития восприятия формы, пространственного праксиса и зрительно-моторной координации.

**Стимульный материал.** Доска Сегена — доска с выемками различной геометрической формы и вкладками, которые точно соответствуют этим выемкам (квадрат, треугольник, круг, овал, прямоугольник, ромб).

**Процедура проведения.** Психолог показывает ребенку собранную доску Сегена, затем высыпает вкладки на стол и предлагает вложить их на место. Просит назвать каждую фигуру.

**Оценка и интерпретация результатов.** Результаты выполнения заданий оцениваются по пятибалльной системе в зависимости от сложности задания и способов их выполнения.

## Шкала оценок

0 – Хаотично располагает геометрические фигуры на доске без учета их формы.

1 – Правильно соотносит две контрастные фигуры (квадрат и круг), но не называет их.

2 – Правильно соотносит четыре фигуры (квадрат, круг, треугольник овал), но затрудняется в их названии.

3 – Правильно соотносит все фигуры на доске и знает название двух фигур (например, квадрата и круга).

4 – Правильно называет четыре фигуры и соотносит все фигуры на доске.

5 – Правильно соотносит все фигуры и знает название шести фигур.

Нормально развивающиеся дети правильно соотносят фигуры на доске Сегена с трех лет, а к концу дошкольного возраста правильно их называют. Дети с ЗПР справляются с заданием с четырех-пяти лет, но испытывают некоторые трудности в словесном обозначении фигур.

**Методика «Узнавание запутанных изображений».**

**Авторы:** Ж. М. Глозман, А. Ю. Потанина, А. Е. Соболева (Глозман Ж. М. и др., 2006).

**Возраст обследуемых:** дошкольный (с 4 лет).

**Цель:** оценка уровня развития зрительного восприятия.

**Стимульный материал.** Три перечеркнутых изображения и две серии по три наложенных изображения знакомых детям предметов ([Приложение №](#)).

**Процедура проведения.** Психолог показывает ребенку лист с изображениями и говорит: «Давай найдем спрятавшиеся картинки».

**Оценка и интерпретация результатов.** При оценке результатов следует обращать внимание на полноту ответов, хаотичность и импульсивность деятельности, наличие фрагментарности восприятия (ребенок опознает элемент предмета как целый предмет). Балловая оценка результатов проводится по 6-балльной шкале. Она построена как система штрафов, то есть балл тем выше, чем хуже выполняется методика.

## Шкала оценок

0 – Безошибочное узнавание всех предъявленных изображений.

0,5 – Единичные импульсивные ошибки с самокоррекцией.

1 — Правильное узнавание возможно после обведения контура зашумленного (перечеркнутого или наложенного) изображения предмета самим ребенком при стимуляции его внимания психологом или множественные импульсивные ошибки.

1,5 — Правильное узнавание возможно после обведения контура зашумленного изображения предмета психологом; единичные симптомы фрагментарности восприятия.

2 — Выраженные дефекты узнавания более половины изображений, частично корректируемые.

3 — Некорректируемые ошибки узнавания более половины изображений.

Большинство нормально развивающихся детей с 4 лет узнают все изображения или допускают импульсивные ошибки, которые сами и исправляют («Ой, не то. Это же...»). Дошкольники с ЗПР большинство изображений опознают при обведении контура изображения самим ребенком или психологом.

**Методика «Узнавание фигур».**

**Автор:** Н. В. Бабкина (Бабкина Н. В., 2015).

**Возраст обследуемых:** 6–7 лет.

**Цель:** оценка уровня развития восприятия (его целостности и дифференцированности), узнавания, объема кратковременной зрительной памяти.

**Стимульный материал.** 1. Карточка с девятью фигурами (рис. 3, а). 2. Карточка с пятнадцатью аналогичными фигурами (рис. 3, б), среди которых ребенок должен найти те, которые были на первой карточке.

**Процедура проведения.** Психолог показывает ребенку первую карточку, просит внимательно ее рассмотреть. Через 10 секунд, убрав первую, показывает вторую карточку и просит ребенка найти на ней фигуры, которые тот видел на первой.

**Оценка и интерпретация результатов.** Оценка результатов проводится по уровням успешности.

Первый уровень. Дети концентрируют внимание, тщательно рассматривают все элементы изображенных фигур. Показывают высокую продуктивность дифференцирования фигур среди аналогичных – 6–8 фигур из 9.

Второй уровень. Дети менее внимательны, поэтому продуктивность их запоминания и узнавания ниже – 5 фигур из 9.

Третий уровень. Дифференцируют 3–4 фигуры из 9 при непроизвольном запоминании рассматривают, но если дать

ребенку аналогичный набор фигур и установку постараться запомнить, то это улучшает его результаты — 5–7 фигур.

Четвертый уровень. Дифференцируют менее 3 фигур. Восприятие фрагментарное, недифференцированное. Низкий объем кратковременной зрительной памяти.

По данным Н. В. Бабкиной, большинство нормально развивающихся детей имеют высокий уровень развития восприятия и узнавания, большой объем кратковременной зрительной памяти. Большая часть детей с ЗПР, получающих коррекционную помощь в специализированном саду, показывают второй уровень успешности, в то время как среди детей с ЗПР из массового сада одинаково часто встречается и второй и третий уровень. Самый низкий — четвертый уровень был обнаружен у 6,6 % детей с ЗПР из специализированного детского сада и у 11,1 % детей с ЗПР из массового (Бабкина Н. В., 2015).

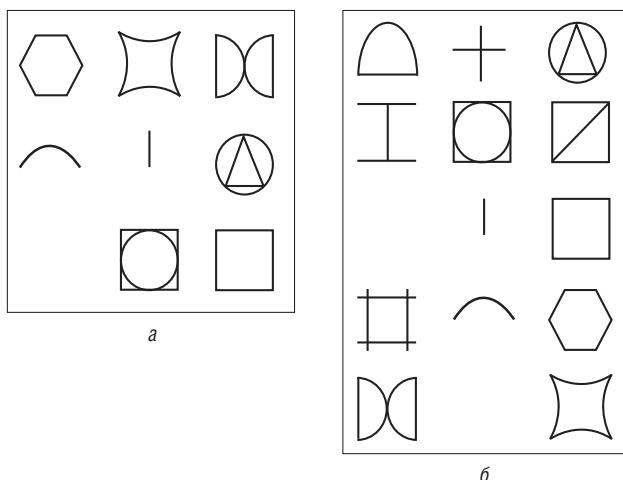


Рис. 3. Карточки для методики «Узнавание фигур»

**Методика «Различение правой, левой стороны».**

**Автор:** С. Д. Забрамная (Забрамная С. Д., 1998).

**Возраст обследуемых:** старший дошкольный.

**Цель:** выявление ориентировки в схеме тела, оценка умения ориентироваться в направлениях пространства при определении левой и правой стороны по отношению к себе и собеседнику, на картинке, оценка обучаемости.

**Стимульный материал.** Рисунок с изображением трех детей в разной позиции (вид сзади и спереди) ([Приложение №](#)). На первом рисунке у одной девочки в правой руке цветок, у мальчика в правой руке флагшток, у девочки в левой руке пирамида. На втором рисунке у тех же детей предметы в другой руке: у девочки цветок в левой руке, у мальчика флагшток в левой, у девочки пирамида в правой руке.

**Процедура проведения.** Перед тем как показать ребенку рисунок, его просят поднять левую, правую руку, показать правую, левую ногу. Затем, поставив ребенка напротив себя, спрашивают: «Где у меня правая рука?» Если ребенок показывает неверно, объясняют, после чего опять спрашивают: «Где у меня левая рука?» И т. д. Эта часть заданий носит игровой характер. После описанных упражнений перед ребенком кладут рисунок. Сначала работа идет с первым изображением, так как ребенку в этой позиции легче определить стороны, а затем со вторым, но в этом случае необходима пересифровка. Даётся инструкция: «Посмотри: нарисованы дети, а в руках у них разные предметы. В какой руке девочка держит цветок? В какой руке у мальчика флагшток?» И т. д. По ходу выполнения задания оказывается помощь.

**Оценка и интерпретация результатов.** Данные по этой методике позволяют дифференцировать детей с ЗПР от нормально развивающихся, с одной стороны, и умственно отсталых — с другой.

Дети с нормальным развитием к 6 годам различают правую, левую стороны в схеме своего тела. Однако перенос на собеседника и особенно на изображение на картинке у большинства детей оказывается несформированным, а потому вызывает трудности. Тем не менее в процессе упражнений дети начинают осуществлять этот перенос.

Дети с ЗПР, так же как и нормально развивающиеся сверстники, проявляют заинтересованность игровым характером задания. Однако они делают больше ошибок в определении направлений пространства, но адекватно реагируют на свои ошибки. При обучении переносу дети с ЗПР нуждаются в большем количестве упражнений.

При умственной отсталости помощь неэффективна. Даже при специальном обучении дети путают правую и левую руки, перенос на собеседника невозможен.

При изучении восприятия детей с ЗПР важно также оценить сформированность представлений о пространственных

отношениях между предметами. По этому показателю дети с ЗПР более всего отстают от здоровых сверстников. При оценке ребенка обычно просят изменить положение одного предмета относительно другого. Например, поместить карандаш последовательно в вазу, над вазой, перед вазой, под вазу, справа и слева от вазы, за вазу. Затем психолог просит ребенка словесно определить отношение между предметами. Шестилетние дети с ЗПР не могут правильно расположить и словесно определить положение карандаша либо допускают неточности при вербальном отчете. Например, определяя место карандаша над вазой, говорят: «наверху», «выше», «наверх вазы». Вместо «за» говорят: «взад», «сзади», «боком».

### Изучение памяти

Оценивая память ребенка с ЗПР, нужно учитывать несколько параметров и установить, по каким из них наблюдается отклонение от нормы, какова его степень. Предметом оценки становятся непроизвольное и произвольное запоминание, зрительная и слухоречевая, кратковременная и долговременная, непосредственная и опосредованная память. Учет особенностей различных сторон памяти важен для дифференциальной диагностики, обоснования задач психокоррекции и обеспечения индивидуального подхода в обучении, поэтому целесообразным считается использование нескольких методик.

**Методика «Оценка непроизвольной памяти».**

**Автор:** Н. Г. Поддубная (Поддубная Н. Г., 1975).

**Возраст обследуемых:** младший школьный.

**Цель:** оценка продуктивности непроизвольного запоминания в условиях, обеспечивающих активную деятельность с наглядным и словесным материалом.

**Стимульный материал.** Используется наглядный и словесный материал: знакомые ребенку слова и предметные картинки (все картинки цветные, размером  $7 \times 7$  см).

**Процедура проведения.** Проводятся четыре серии эксперимента.

Серия 1. На столе раскладывается набор из 20 предметных картинок. Психолог держит набор из 15 картинок. Просит ребенка к каждой картинке, которую будет показывать, выбрать подходящую по смыслу из лежащих на столе.

Серия 2. Готовится список из 15 слов и набор из 20 картинок. Психолог просит к каждому слову подобрать картинку из лежащих на столе. Например, к слову «небо» подобрать картинку с самолетом.

Серия 3. Даётся задание к каждой картинке придумать слово. Например, к картинке с тортом подобрать слово «нож».

Серия 4. Даётся задание придумать подходящее по смыслу слово к словам, которые говорит психолог.

Ни в одной из серий задача запомнить материал не ставится. Ребенку предлагается воспроизвести материал основного набора неожиданно после того, как он подберет дополнительный материал к последней единице основного материала, и выполнение задания закончится. Фиксируется время выполнения задания. Суммарная длительность воспроизведения ограничивается тремя минутами. Перед проведением каждой серии необходимо показать ребенку на примере трех картинок или слов, не вошедших в основные наборы, как надо подбирать картинки или придумывать слова. Серии рекомендуется проводить по следующему порядку: 1, 3, 2 и, наконец, 4. Это связано с необходимостью чередовать применение наглядного и словесного материала. Между сериями делается перерыв — три недели.

**Оценка и интерпретация результатов.** Полученные данные следует сравнить между собой, а также с результатами, описанными в исследовании Н. Г. Поддубной (табл. 27).

*Таблица 27*

**Показатели продуктивности непроизвольного запоминания у первоклассников (в %)**

Группа	Экспериментальные серии			
	Картинки — картинки	Картинки — слова	Слова — картинки	Слова — слова
С задержкой психического развития	26,6	30	32,6	25,3
Нормально развивающиеся	42	49,3	52	41,3

Первоклассники с ЗПР менее продуктивны в непроизвольном запоминании наглядного и словесного материала. Объем запоминания у них ниже этого показателя в норме более чем в полтора раза. И дети с ЗПР, и нормально развивающиеся сверстники лучше запоминают при сочетании разнородного

материала и хуже при сочетании однородного. Это означает, что у детей с ЗПР развитие непроизвольной памяти подчинено общим законам психического развития в младшем школьном возрасте. При обучении и коррекции детей с ЗПР, которые обладают менее сильной непроизвольной памятью, особенно следует учитывать характер взаимоотношений наглядного материала и объяснений, обращать внимание на организацию деятельности детей при демонстрации наглядных пособий.

**Методика «Оценка зрительной произвольной памяти».**

**Автор:** Т. В. Егорова (Егорова Т. В., 1972).

**Возраст обследуемых:** младший школьный.

**Цель:** определение объема зрительной произвольной памяти, оценка динамики запоминания и умения использовать рациональные приемы запоминания.

**Стимульный материал.** Набор из 20 изображений хорошо знакомых детям объектов. Объекты легко группируются по родовому признаку нормально развивающимися детьми младшего школьного возраста. Используются 8 родовых категорий: мебель, посуда, обувь, одежда, овощи, фрукты, домашние животные, дикие звери. Объекты, относящиеся к одному родовому понятию, не могут следовать друг за другом. Например, картинки с изображением домашних животных могут стоять по порядку на местах: 1, 5, 11, 13, 19.

**Процедура проведения.** Ребенку предлагается запомнить набор картинок, которые предъявляются последовательно. Набор предъявляется 5 раз, причем непосредственно после каждого показа всего набора ребенок должен воспроизвести то, что ему удалось запомнить. Таким образом, ребенок должен выполнить однообразную и напряженную работу по заучиванию наглядного материала.

Инструкция перед первым предъявлением: «Я буду показывать тебе картинки, а ты смотри внимательно и постараися запомнить, что на них нарисовано. Когда я закончу показывать, ты назовешь столько картинок, сколько запомнил, в любом порядке».

Инструкция при втором предъявлении: «Сейчас я буду показывать те же картинки еще раз. Ты снова будешь запоминать их. Причем называй и те, которые называл уже в прошлый раз, и новые, какие еще запомнишь». При третьем и четвертом предъявлении достаточно сказать: «Смотри еще раз».

## Оценка результатов

1. Определяется объем зрительного произвольного запоминания ( $V$ ) – это количество названных картинок при первом предъявлении. Известно, что в среднем объем зрительной произвольной памяти в младшем школьном возрасте – 7–10 единиц.

2. Подсчитывается показатель продуктивности памяти – среднее арифметическое результатов пяти воспроизведений одного набора картинок (СП).

3. Результаты повторных воспроизведений показывают динамику процесса запоминания наглядного материала при неоднократном его предъявлении. Строится «кривая заучивания», например: 9–13–14–16–18.

4. Оценивается использование ребенком рациональных приемов запоминания. Подсчитывается, сколько единиц информации (в %) группируются по родовому признаку в пятом воспроизведении.

Результаты, полученные на выборках детей с нормальным и задержанным психическим развитием, приведены в табл. 28 (данные Т. В. Егоровой).

Таблица 28

**Результаты обследования детей 9–10 лет с нормальным и задержанным психическим развитием по методике «Оценка зрительной произвольной памяти»**

Порядок предъявления набора	Количество картинок, воспроизведенных детьми с нормальным психическим развитием			Количество картинок, воспроизведенных детьми с задержкой психического развития		
	всего	повторно	впервые	всего	повторно	впервые
1	9,7	–	9,7	8,8	–	8,8
2	14,4	7,8	6,6	11,4	6,0	5,4
3	15,2	11,6	3,6	12,4	8,0	4,4
4	16,2	13,4	2,8	13,6	9,8	3,8
5	17,4	15,0	2,4	13,8	10,4	3,4

При запоминании материала в условиях его многократного предъявления, начиная со второго воспроизведения, перед запоминающим стоят две задачи: он должен сохранить ту информацию, которая была воспроизведена после предыдущего предъявления, и, кроме того, запомнить как можно больше материала, который не был воспроизведен ранее. Для всех детей характерно следующее: количество повторно называвшихся объектов увеличивается, а количество материала, воспроизведенного в первый раз, уменьшается. Но темп неодинаков.

Как видно из табл. 28, результаты по двум группам после первого предъявления отличаются мало. Младшие школьники с ЗПР показали соответствующий возрасту объем произвольной зрительной памяти. А после 5-го предъявления разница оказывается уже значительной. Таким образом, дети с ЗПР, воспроизведяющие после первого предъявления почти столько элементов, сколько дети с нормальным развитием, в ходе обследования «теряют» значительное количество материала. Показатель СП у детей с ЗПР – 11,9 картинки, а у их normally развивающихся сверстников – 14,5. У детей с ЗПР более низкая способность к сохранению полученной информации.

Динамику процесса запоминания наглядно показывают «кривые заучивания». По результатам исследования Т. В. Егоровой, детей с ЗПР можно разделить на три подгруппы:

1) 50 % детей, так же как и нормально развивающиеся школьники, наивысшего результата достигают к пятому воспроизведению, но максимальный объем памяти у них ниже (14 единиц против 17 в группе детей с нормальным развитием);

2) 32,5 % детей приближаются по максимальному объему памяти к четвертой попытке (16 единиц), но они не в состоянии сохранить высокие результаты до конца опыта, и после пятого предъявления продуктивность запоминания снижается;

3) 17,5 % детей имеют наивысшие достижения во 2-й и 3-й попытках (13 единиц), а потом дают снижение; по максимальному объему памяти у них самые низкие результаты.

Дети с ЗПР хуже используют рациональные приемы запоминания. При 5-м воспроизведении у нормально развивающихся детей сгруппировано около 40 % материала, а у детей с ЗПР – 20 %. Если детям дать другой набор для запоминания, то у детей в норме это количество увеличивается до 60 %, а у детей с ЗПР, наоборот, уменьшается до 10 %. Интересно, что никто из детей не смог ответить на вопрос об использовании каких-либо приемов запоминания. Но дети с нормальным развитием переносят этот навык на другой набор и говорят, что запоминать легче, но почему, не знают. Детям с ЗПР повышенное утомление во время запоминания второго набора не дает образовывать связи между объектами.

### **Методика «Заучивание 10 слов».**

**Автор:** А. Р. Лурия (Симерницкая Э. Г. и др., 1988).

**Возраст обследуемых:** с 6 лет<sup>1</sup>.

**Цель:** определение объема непосредственно слухоречевой произвольной памяти, оценка динамики запоминания, устойчивости и концентрации внимания.

**Стимульный материал.** Набор из десяти простых, коротких (односложных или двусложных) слов, не связанных между собой по смыслу. Например, слон, год, мяч, шум, мыло, соль, рука, весна, пол, сын. Желательно иметь несколько таких наборов. Необходимо также заранее готовить бланк протокола (табл. 29).

Таблица 29

**Образец протокола исследования по методике «Заучивание 10 слов»**

Номер по-попытки	слон	год	мяч	шум	мыло	соль	рука	весна	пол	сын	парафазии
1-я											
2-я											
3-я											
4-я											
5-я											

**Процедура проведения.** Методику следует проводить в тишине. Перед началом эксперимента целесообразно немного пояснить смысл предстоящей работы: «Сейчас я хочу проверить, как ты умеешь запоминать слова». Далее следует дать инструкцию: «Я буду говорить тебе слова, а ты слушай их внимательно и постарайся запомнить. Когда я закончу говорить, ты повторишь столько слов, сколько запомнил, в любом порядке». Зачитывать список нужно медленно, четко. Если ребенок повторяет слово, психолог ставит знак в протоколе под этим словом. В последней графе записываются парафазии — слова, которое произнес ребенок, но они не были названы психологом. Если эти слова повторяются, экспериментатор также это отмечает. Фиксируются также слова, которые за одно воспроизведение ребенок повторял два и более раз. Всегодается пять попыток, в случае необходимости их количество можно увеличить до семи.

<sup>1</sup> Методика может быть использована для оценки уровня развития слухоречевой памяти детей с 3 лет. Для детей трех лет дается серия из 5 слов, для 4–6-летних рекомендуется серия из 7 слов.

Инструкция при втором предъявлении: «Сейчас я повторю те же слова еще раз. Ты снова будешь повторять их вслед за мной, причем будешь говорить и те слова, которые уже назвал в прошлый раз, и новые, какие запомнишь». При третьем и четвертом предъявлении достаточно слов: «Слушай еще раз». При пятом предъявлении нужно сказать ребенку: «Сейчас я прочитаю слова в последний раз, а ты постараися повторить побольше».

В промежутках между предъявлениями, кроме инструкции, психолог не должен больше ничего говорить и давать такой возможности ребенку. Однако в тех случаях, когда обследуемый воспроизводит слова очень медленно и неуверенно, можно оказывать стимулирующую помощь: «Постарайся вспомнить еще».

### **Оценка результатов**

1. Определяется объем слухоречевой произвольной памяти — это количество воспроизведенных слов при первом предъявлении. При оценке результатов следует ориентироваться на следующие нормы. Нормально развивающиеся дети с 6 лет воспроизводят при первом предъявлении от 4 до 7 слов. В 6–7 лет к пятому предъявлению дети называют 8 слов и более. Почти все здоровые дети с 8 лет воспроизводят в последней попытке 10 слов. Дети с ЗПР при заучивании 10 слов после первого предъявлении воспроизводят от 2 до 5 слов, за 5 попыток они так и не достигают 8–10 слов. У них чаще, чем у здоровых сверстников, наблюдаются паразии.

2. Результаты пяти воспроизведений показывают динамику процесса запоминания словесного материала при неоднократном его предъявлении. Строится «кривая заучивания», например: 5–6–8–7–10. При анализе «кривых заучивания» следует исходить из классификации А. Р. Лурии (1974). Он разделил их на четыре типа:

1 — «нормальная кривая»: количество воспроизведенных слов увеличивается от первой попытки к пятой, соответствует возрастной норме (например, ребенок младшего школьного возраста показывает кривую: 5–6–7–8–8);

2 — «риgidная кривая»: темп запоминания замедленный;

3 — «истощающаяся кривая»: имеются выраженные признаки снижения числа воспроизводимых слов по мере их повторения (например, младший школьник показывает кривую: 4–7–6–5–4); ребенок становится рассеянным, может замедляться речь, увеличиваются паузы при воспроизведении;

4 — «кривая типа плато»: по мере повторения число воспроизведенных слов не растет, а остается неизменным, причем ребенок инертно повторяет одни и те же слова (например, 4–5–5–4–5).

По данным Л. М. Шипицыной (1999), «нормальная кривая заучивания» наблюдается у 81,8 % здоровых младших школьников, в то время как при ЗПР она наблюдается лишь в 26,3 % случаев. У большинства детей с ЗПР (52,6 %) обнаруживается «риgidная кривая» против 18,2 % у здоровых детей. Среди нормально развивающихся младших школьников нет детей, показывающих «истощающуюся кривую» и «кривую типа плато». Эти типы кривых наблюдаются у пятой части детей с ЗПР.

**Методика «Опосредованное запоминание».**

**Автор:** А. Н. Леонтьев (Рубинштейн С. Я., 1998).

**Возраст обследуемых:** с 7 лет.

**Цель:** определение объема опосредованной памяти, оценка способности к установлению осмыслиенных связей между словом и наглядным образом, использованию логических приемов запоминания.

**Стимульный материал.** Набор изображений знакомых ребенку объектов и набор слов. Рисунки должны быть выполнены на карточках размером 5 × 5 см.

Для детей младшего школьного возраста рекомендуется использовать следующую серию. Перечень картинок: диван, гриб, корова, умывальник, стол, ветка земляники, ручка, аэроплан, географическая карта, щетка, грабли, автомобиль, дерево, лейка, дом, цветок, тетради, телеграфный столб, ключ, хлеб, трамвай, окно, стакан, постель, экипаж, настольная электрическая лампа, картинка в раме, телега, поле, кошка (30 картинок). Перечень слов: свет, обед, лес, учение, молоток, одежда, поле, игра, птица, лошадь, урок, ночь, мышь, молоко, стул (15 слов).

**Процедура проведения.** Перед ребенком раскладывают на столе все 30 карточек в любом порядке. Дают инструкцию: «Тебе нужно будет запомнить ряд слов. Для того чтобы это легче делать, нужно каждый раз, когда я буду называть слово, выбирать такую карточку, которая потом поможет припомнить слово. Вот, например, первое слово, которое нужно запомнить, «свет». Здесь свет нигде не нарисован, но можно выбрать карточку, которая поможет запомнить это слово». После того как ребенок выберет карточку, ее откладывают в сторону и спрашивают: «Как эта карточка поможет вспомнить про свет?» Если ребенок приступает

к работе неохотно, то такой же вопрос можно задать после предъявления следующего слова. Затем в течение 40–60 минут ребенок должен заниматься не связанный с запоминанием деятельностью. После этого ему в произвольном порядке показывают по одной карточке и просят припомнить, для запоминания какого слова эта карточка была отобрана. При этом обязательно спрашивают, как удалось припомнить или чем эта карточка напомнила соответствующее слово.

**Оценка результатов.** Данные фиксируются в протоколе (табл. 30).

Таблица 30

**Образец протокола исследования по методике  
«Опосредованное запоминание»**

Слова	Выбираемая карточка	Объяснение связи для запоминания	Воспроизведение	Объяснение связи при припоминании
Свет				
Обед				
Лес				
Учение				
Молоток				
Одежда				
Поле				
Игра				
Птица				
Лошадь				
Урок				
Ночь				
Мышь				
Молоко				
Стул				

А. Н. Леонтьев установил, что до 6 лет у нормально развивающихся детей объем непосредственного и опосредованного запоминания приблизительно одинаков. После 6 лет опосредованное запоминание преобладает над непосредственным, и этот разрыв увеличивается с возрастом. Данные Леонтьева приведены в табл. 31.

**Данные по показателям непосредственного и опосредованного запоминания (по А. Н. Леонтьеву)**

Способ запоминания	Возраст (лет)					
	4–5	6–7	7–12	10–14	12–16	22–28
Непосредственное запоминание	2,2	4,7	6,26	7,25	7,88	10,09
Опосредованное запоминание	2,92	8,1	11,41	12,4	13,1	14,28

Разница в показателях непосредственного и опосредованного запоминания может служить одним из критерии в дифференциации детей с ЗПР и умственно отсталых. Дети с ЗПР значительно лучше запоминают и сохраняют материал при опосредованном запоминании, чем при непосредственном. Смысловая связь служит для них эффективным мнемическим приемом. По данным Д. В. Солдатова и С. В. Солдатовой (1998), почти все дети с ЗПР 8–10 лет в методике «Опосредованное запоминание» воспроизводят на 25 % слов больше, чем в методике «Заучивание 10 слов». У умственно отсталых сверстников эффективность запоминания при введении опосредующего звена не повышается или повышается незначительно. У 30 % умственно отсталых младших школьников введение картинок вообще понижает продуктивность памяти. При умственной отсталости дети образуют связи медленнее, они более бедные и однообразные. Объяснение или вовсе отсутствует или отличается односложностью. При выраженных нарушениях целенаправленности мышления умственно отсталый вообще не может вспомнить ни одного слова и при воспроизведении называет картинки, а не слова. Это связано с тем фактом, что еще во время образования связи он как бы теряет основную цель работы — необходимость связать выбор картинки с последующим воспроизведением слова.

Данная методика в модификации С. Д. Забрамной (1998) рекомендуется для оценки умения пользоваться приемами опосредованного запоминания детей с ЗПР шести лет. Используются два рисунка с изображением девяти знакомых предметов и пяти слов. Перед ребенком раскладывают девять картинок и дают инструкцию: «Сейчас я буду называть слова. Чтобы легче было их запомнить и вспомнить, подбирай для каждого

слова самую подходящую картинку. Например, к слову „время“ подходит картинка „будильник“, потому что он показывает время». Если ребенок понял инструкцию, исследование продолжается. При этом требуется, чтобы ребенок объяснял каждую установленную связь между словом и выбранной картинкой. После того как все слова названы и к ним отобраны картинки, их убирают в сторону и дают задание отвлекающего характера. Через 30 минут ребенку предъявляют отобранные картинки и просят вспомнить слова, которые назывались.

Шестилетние дети с ЗПР с интересом относятся к заданию. Они устанавливают смысловые связи между словом и изображением, но не умеют использовать картинку как средство для запоминания. Они либо не могут точно воспроизвести слово по картинке, либо называют само изображение. Специальное обучение этому приему запоминания дает хороший эффект, что не наблюдается при работе с шестилетними детьми с умственной отсталостью.

### Изучение внимания

Внимание — психический процесс, который страдает при любой форме ЗПР. Отмечается слабость всех свойств аттенционной функции: избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, объема и распределения. Показатели указанных свойств будут существенно отличать детей с ЗПР от нормально развивающихся сверстников. Психологу следует учитывать повышенную истощаемость внимания при проведении обследования. Так, младший школьник с ЗПР показывает сосредоточение в течение 5–15 минут, а затем в течение 3–7 минут ему нужна «передышка». Ребенок легко отвлекается на посторонний раздражитель, с трудом переключается с одного вида деятельности на другой. Например, выполнив действие в одном диагностическом задании, начинает его использовать в другом, не ориентируясь в новой инструкции и материале. Оценка аттенционной функции важна не только при определении уровня актуального развития, но и при прослеживании динамики ее развития под влиянием лечения, обучения и психокоррекции.

На фоне общих недостатков внимания у школьников с ЗПР выделяются и индивидуальные. Одни дети, плохо «врачаясь», могут показать интенсивное внимание лишь после некоторого периода деятельности. Другие максимально со-

средоточиваются в начале задания, а затем продуктивность их снижается. Часть детей показывает периодические колебания внимания на протяжении всего задания (Власова Т. А., 1984). Указанные различия следует учитывать при индивидуализации обучения и в психокоррекции.

### **Методика «Корректурная проба».**

**Авторы:** Ж. М. Глозман, А. Ю. Потанина, А. Е. Соболева (Глозман Ж. М. и др., 2006).

**Возраст обследуемых:** дошкольный (с 4 лет).

**Цель:** оценка умственной работоспособности, избирательности и концентрации внимания.

**Стимульный материал.** Используется специальный вариант корректурной пробы для дошкольников — лист со 104 трудно вербализуемыми фигурами десяти видов, чередующимися в случайном порядке (**Приложение №**). Количество фигурок каждого вида различно.

**Процедура проведения.** Психолог зачеркивает фигурку типа четырехконечной звездочки и говорит ребенку: «Мы с тобой поиграем в разведчиков. Разведчики всегда очень внимательны. Я сейчас засеку время и посмотрю, сколько ты найдешь точно таких же фигурок, пока я не скажу „Стоп“». Фиксируется:

- количество найденных за 1 минуту правильных фигурок;
- количество и тип ошибок. Выделяют два типа ошибок:
  - а) смешение перцептивно близких (похожих) фигурок (например, различные звездочки); б) смешение перцептивно далеких фигурок (например, звездочка и сердечко);
- наличие значительных отвлечений от выполнения задания (паузы более 10 секунд);
- уровень критичности выполнения задания. Возможны несколько вариантов: а) ребенок проявляет отчетливую заинтересованность в результатах обследования и в оценках взрослого, адекватно относится к сделанным ошибкам, переживает, старается исправить самостоятельно (само-корректируемые ошибки); б) ребенок старается исправить все допущенные ошибки только после указания на них экспериментатором; в) ребенок пытается исправить некоторые допущенные ошибки после указания на них психологом, но прилагает недостаточно усилий к этому; г) ребенок полностью безразличен к результатам обследования и выявленным ошибкам.

**Оценка и интерпретация результатов.** Проводится балловая оценка результатов по специальной шкале от 0 до 3 баллов. Она построена как система штрафов, то есть балл тем выше, чем хуже выполняется методика. Высокие баллы говорят о низкой умственной работоспособности и концентрации внимания по сравнению с нормативными данными, которые найдены для разных возрастных групп (табл. 32).

Таблица 32  
Балловые оценки выполнения корректурной пробы

Балл	4 года	5 лет	6 лет
0	6 найденных за минуту правильных фигурок и не более 3 ошибок типа А	9 правильных фигурок и не более 2 ошибок типа А	11 правильных фигурок при отсутствии ошибок
0,5	1–2 импульсивные, самокорrigируемые ошибки типа В		
1	5 правильных фигурок и/или 1–2 ошибки типа В без коррекции. Или более 3 ошибок типа А	7–8 правильных фигурок и/или 1–2 ошибки типа В без коррекции. Или более 2 ошибок типа А	8–10 правильных фигурок и/или единичные ошибки любого типа без коррекции
2	3–4 правильные фигурки и/или более 2 ошибок типа В. Или отвлечения от выполнения задания (паузы более 10 с)	5–6 правильных фигурок и/или более 2 ошибок типа В. Или отвлечения от выполнения задания (паузы более 10 с)	6–7 правильных фигурок и/или более 2 ошибок любого типа без коррекции. Или отвлечения от выполнения задания (паузы более 10 с)
3	Менее 3 правильных фигурок за минуту	Менее 5 правильных фигурок за минуту	Менее 6 правильных фигурок за минуту

Таким образом, большинство нормально развивающихся детей в 4 года могут найти за минуту от 6 до 10 фигур, соответствующих образцу, допуская при этом 1–4 ошибки типа А (зачеркивают перцептивно близкую фигуру). К 5-летнему возрасту ребенок может найти от 9 до 12 фигур, допустив при этом 1–2 ошибки типа А. В 6 лет избирательность внимания и активизация деятельности возрастают: ошибки практически исчезают, а результат деятельности увеличивается до 11–12 правильно опознанных фигур за 1 минуту.

Дошкольники с ЗПР в эти нормы не попадают, показывая низкий уровень работоспособности, избирательности и концентрации внимания. Они находят меньшее количество фигурок за 1 минуту, допуская при этом большее количество ошибок двух типов. Они чаще, чем здоровые дети, не замечают своих ошибок,

им необходима помощь психолога, который указывает на них. Значительная часть детей проявляет недостаточно желания и усилий для исправления ошибок даже по просьбе психолога.

**Название методики:** «Совмещение признаков».

**Автор:** В. М. Коган (Чупров Л. Ф., 2003).

**Возраст обследуемых:** с 7 лет.

**Цель:** оценка основных характеристик произвольного внимания (концентрации, переключаемости, распределения, устойчивости) и его дефицита, особенностей умственной работоспособности.

**Стимульный материал.** Основной вариант методики Когана представляет собой 49 разноцветных карточек (7 форм, 7 цветов) и таблицу совмещения форм. Карточки — это квадраты размером  $4 \times 4$  см, в середине которых располагается одна из семи фигур (квадрат, треугольник, круг, ромб, равнобедренная трапеция, овал, шестиугольник). Каждая из фигур одинаковой конфигурации, изображенная на карточке, имеет свой цвет. Чаще используют цвета: красный, желтый, зеленый, голубой, синий, коричневый, фиолетовый. Таблица совмещения форм — расчерченный на 49 секторов (квадраты размером  $4 \times 4$  см) лист для раскладывания карточек при процессе совмещения. По левому краю листа обозначены семь цветов в виде полиморфных мазков, а по верхнему — контуры семи фигур (рис. 4).

**Процедура проведения.** Методика предполагает прохождение исследуемым четырех этапов. Перед каждым из этапов карточки тщательно перетасовываются экспериментатором. Желательно, чтобы психолог объяснение цели исследования сопроводил показом нескольких первых карточках, дал возможность ребенку попробовать и лишь после этого предложил самостоятельно выполнить задание. Перед каждым этапом работы (II, III, IV) карточки обязательно перемешиваются.

На I этапе ребенку предлагают произвести простой пересчет карточек вслух. Даётся инструкция: «Пересчитай вслух эти карточки, откладывая их по одной на стол». На этом этапе определяется показатель ВI, который свидетельствует об индивидуальном темпе работы. Ошибки в пересчете могут указывать на плохой навык пересчета.

На II этапе предлагают произвести пересчет карточек с одновременной их сортировкой по цвету: «Теперь ты должен вслух пересчитать эти карточки и одновременно разложить их на групп-

пы по цвету». Временной показатель, полученный по окончании процедуры, записывают как ВII. Ошибки на этом этапе интерпретируются как нарушение концентрации произвольного внимания.

На III этапе происходит операция отвлечения от иррелевантного признака (цвета). Цвет, по И. П. Павлову, является сильным признаком. Даётся инструкция: «Эти же карточки пересчитывай вслух и при этом сортируй их уже не по цвету, а по форме». Ребенок должен, пересчитывая карточки вслух, располагать их по соответствующим стопкам в зависимости от формы фигур, изображенных на них. Показатель ВIII отражает способность к переключению внимания.

На IV этапе перед ребенком кладут таблицу совмещения форм<sup>1</sup> (см. рис. 4). Ему предлагают раскладывать карточки в соответствии с их местоположением на таблице форм. Предполагаемое место карточки находится на пересечении формы и цвета. При этом ребенок должен сопровождать свои действия пересчетом карточек вслух. Даётся инструкция: «Ты должен найти место для каждой карточки на этой таблице, учитывая одновременно цвет и форму. При этом по-прежнему веди счет — пересчитывай карточки». Временные показатели (BIV), наличие ошибок при считывании и совмещении отражают особенности такого свойства внимания, как распределение. Известно, что у умственно отсталых детей не вырабатывается навык раскладки карточек с учетом цвета и формы, практически счет за них ведет экспериментатор.



	□	△	○	◇	▽	○	○
Красный							
Синий							
Коричневый							
Зеленый							
Желтый							
Голубой							
Фиолетовый							

Рис. 4. Таблица совмещения форм по методике «Совмещение признаков»

<sup>1</sup> При подготовке таблицы совмещения форм необходимо заменить названия цветов цветными мазками.

**Оценка результатов.** Данные фиксируются в протоколе (табл. 33).

Таблица 33

**Образец протокола исследования по методике «Совмещение признаков»**

$B_I =$	Количество ошибок =	$\Delta =$
$B_{II} =$	Количество ошибок =	
$B_{III} =$	Количество ошибок =	$K =$
$B_{IV} =$	Количество ошибок =	

Показатели  $B_I$ ,  $B_{II}$ ,  $B_{III}$  и  $B_{IV}$  являются самостоятельными диагностическими критериями. Кроме них учитываются показатели « $\Delta$ » и « $K$ ». Показатель « $\Delta$ » введен В. М. Коганом. Это дефицит внимания, или разница между временем, затраченным на IV этапе, и суммой временных затрат на II и III этапах. Он определяется по формуле  $\Delta = B_{IV} - (B_{II} + B_{III})$ . Показатель « $\Delta$ » указывает на способность или неспособность к совмещению признаков, дефицит произвольного внимания и, в частности, свидетельствует о трудностях его распределения. Этот показатель высок при астенических состояниях и при нарушении психики по сосудистому типу. Показатель « $K$ », введенный Т. Д. Молодецких и А. Я. Ивановой (1982), назван ими коэффициентом врабатываемости. Определяется формулой  $K = (\Delta / B_{IV})$ . Чем меньше величина этого коэффициента, тем выше врабатываемость, тем лучше исследуемый усваивает принцип работы. В норме показатель « $K$ » не превышает 0,1–0,2. Запись в протоколе количества секунд, потраченных на пересчет десяти карточек, позволит проследить, как нарастают нарушения работоспособности в ходе выполнения задания.

Полученные показатели следует сравнить с нормативными данными. Они были получены Молодецких и Ивановой (табл. 34).

Таблица 34

**Показатели выполнения заданий методики  
«Совмещение признаков» нормально развивающимися детьми  
(по: Молодецких Т. В., Иванова А. Я., 1982)**

Возраст детей (годы)	$B_I$ , с	$B_{II}$ , с	$B_{III}$ , с	$B_{IV}$ , с	$\Delta$	$K$
7–8	67	99	129	301	72	0,2
9–10	47	83	101	250	65	0,2
11–12	41	72	86	198	59	0,2
13–14	42	63	76	168	23	0,1

В табл. 35 приведены данные, полученные на выборках детей в норме и при задержке психического развития Л. Ф. Чупровым (2003).

Таблица 35

**Показатели выполнения заданий методики «Совмещение признаков» учащимися 1–2 классов в норме и при задержке психического развития**

Группа учащихся						К	Ошибки по этапам				Всего
	B <sub>I</sub> , с	B <sub>II</sub> , с	B <sub>III</sub> , с	B <sub>IV</sub> , с	Д		1	2	3	4	
Норма	64	69	130	299	74	0,2	0	0	1	2	3
Задержка психического развития	64	103	158	382	121	0,3	0	2	4	5	11

Необходимо провести анализ кривых распределения ошибок. Это уже качественный критерий. Молодецких и Иванова выделили четыре типа таких кривых.

«**Нормальный**» тип — кривая с малым количеством ошибок на II, III и IV этапах (не более 1–2), характерна для детей с нормальным развитием. При соответствующих временных показателях она действительно свидетельствует о нормальном уровне умственной работоспособности.

«**Истощающийся**» тип — кривые распределения ошибок носят характер неуклонно нарастающей вверх линии от минимального числа ошибок на II этапе и до максимального на IV этапе. Это свидетельствует об истощаемости, утомляемости и плохой способности сохранять устойчивое внимание.

«**Ригидно-возбудимый**» тип — кривая, обращенная вверх, свидетельствует о значительном колебании внимания, о трудностях переключения: работоспособность снижается на II этапе, а число ошибок нарастает на III этапе, затем к концу задания (IV этап) работоспособность вновь повышается, но не достигает первоначального уровня.

«**Заторможенный**» тип — количество ошибок, максимальное на II этапе выполнения методики, достигает минимума в конце, что говорит о значительном затруднении в организации целенаправленного внимания.

Л. Ф. Чупров (2003) в ходе изучения особенностей произвольного внимания у детей с ЗПР получил еще один тип кри-

вой — «**лабильный**». При этом типе кривой большое количество ошибок дети допускают на II и наибольшее на IV этапе, в то время как на III этапе количество ошибок резко снижается. Этот тип кривой может указывать на затруднения в работе с истощаемостью внимания.

В исследовании Чупрова у 86 % детей с ЗПР были обнаружены кривые, редко встречающиеся в норме: «истощающийся» тип кривой — в 39 %; «риgidно-возбудимый» тип — в 30 %; «заторможенный» тип — в 7 %. У 10 % учащихся с ЗПР отмечается «лабильный» тип кривой. Дети с таким типом кривой допускали максимальное количество ошибок на II, III и IV этапах. Среднее количество ошибок при выполнении II, III и IV этапов было 3, 1, 10. 14 % детей с ЗПР показали «нормальный» тип кривой, но у половины из них были более высокие, по сравнению с нормой, временные показатели.

## Изучение мышления

При диагностике отставания в психическом развитии следует использовать методики, оценивающие как наглядное, так и словесно-логическое мышление. Стадии наглядно-действенного и наглядно-образного мышления — это ступени становления познавательной сферы, которые в онтогенезе предшествуют и подготавливают развитие словесно-логического мышления. Как указывалось выше при описании методики Вексслера, показатели успешности выполнения мыслительных задач, не требующих сложных речевых формулировок, могут служить критериями отграничения детей с ЗПР от умственно отсталых. При этом дифференциально-диагностическая ценность таких задач повышается при наличии различных видов помощи ребенку. Для оценки наглядного мышления используют задания по типу «составления целого из частей» («Разрезные картинки») и «нахождения закономерностей в сериях геометрических фигур» («Цветные прогрессивные матрицы»).

Словесно-логическое мышление страдает у детей с ЗПР в большей степени, чем мышление в «действиях» и «образах». Недостаточность мыслительных операций обобщения, выделения существенных и несущественных признаков, установления причинно-следственных связей значимо отличает детей с ЗПР от нормально развивающихся сверстников. При дифференциальной диагностике необходимо соотносить данные методик, изучающих наглядную и словесную формы мышле-

ния. Известно, что несформированность словесно-логического мышления при относительно сохранных наглядно-действенном и наглядно-образном — важный признак дифференциации ЗПР и умственной отсталости. Дифференциально-диагностическая ценность задач словесного характера также будет более высокой, если ребенку оказывается стимулирующая и/или обучающая помощь. В этом смысле представляет практический интерес методика «Словесные субтесты». Это модифицированный Л. И. Переслени, Е. М. Мастиюковой и Л. Ф. Чупровым (1990) вариант вербальных субтестов Э. Ф. Замбацявишюте (1984). Последние, в свою очередь, были сконструированы по принципу первых четырех вербальных субтестов теста для оценки интеллекта Р. Амтхауэра.

### **Методика «Цветные прогрессивные матрицы».**

**Автор:** Дж. Равен. Автор модификации: Т. В. Розанова (Розанова Т. В., 1978; Переслени Л. И., 1996; Прогрессивные матрицы..., 2011).

Возраст обследуемых: младший школьный (6,5–10 лет).

**Цель:** оценка уровня развития наглядно-образного мышления, особенностей произвольного внимания, восприимчивости к помощи, выявление симптомов нарушения умственной работоспособности.

**Стимульный материал.** 36 заданий, составляющих три серии оригинального теста Дж. Равена: А, Ab и В (по 12 проб в каждой серии). 28 матриц направлены на выявление сформированности операций дополнения до целого (задания на установление тождества, выявление принципа центральной и осевой симметрии). Остальные 8 (A11, A12, Ab12, B8–B12) оценивают уровень сформированности операции установления связи по аналогии.

**Процедура проведения.** Ребенку последовательно показывают все 36 заданий, собранных в альбом. В инструкции указывают на отсутствие «кусочка» в «коврике», изображенном в верхней части каждой матрицы. Ребенку предлагается подыскать подходящий «кусочек» среди шести, расположенных в нижней части той же страницы альбома.

Традиционная процедура исследования по методике Равена позволяет выявить лишь уровень актуального развития ребенка. Модификация Розановой дает возможность определить зону ближайшего развития. Предполагается, что первое

задание в серии А (матрица А1) используется как обучающее. При этом, если ребенок совершает ошибку, психолог рассматривает с ним возможные решения и объясняет правильное. При подсчете итогового результата в баллах ответ по матрице А1 не учитывается. Остальные 35 заданий применяются для тестирования. По каждому из них ребенок должен найти ответ самостоятельно. В случае ошибки используется стимулирующая помощь. Это такое воздействие психолога, которое направлено на активизацию собственных возможностей ребенка для преодоления трудностей. Психолог указывает на допущенную ошибку: «Неправильно. Подумай еще». То же самое говорится ребенку, если вторая попытка также оказалась неуспешной. Если третья попытка не дает правильного решения, внимание ребенка может быть привлечено к наглядным условиям задачи (к фигурам, частям, их взаимному расположению, к направлению линий и т. п.).

**Оценка результатов.** Оценка проводится следующим образом: за правильный ответ с первой попытки испытуемый получает 1 балл, со второй попытки — 0,5 балла, с третьей — 0,25 балла. Неправильный ответ после третьей попытки оценивается как 0 баллов. Итоговой показатель выполнения матричных задач равен сумме баллов, полученных за решение заданий всех трех серий. Показатель успешности (ПУ) выражается в процентах. Он подсчитывается по формуле

$$\text{ПУ} = (x \cdot 100\%) : 35,$$

где  $x$  — сумма баллов, полученных ребенком при решении 35 заданий с 1–3-й попытки.

В исследовании Т. В. Егоровой были определены четыре уровня успешности решения матричных задач (табл. 36).

Таблица 36

**Уровни развития наглядно-образного мышления  
по результатам решения матричных задач**

Уровень успешности	Общая сумма баллов	Процент
IV, высший	28–35	80,0–100
III	22,75–27,9	65,0–79,9
II	17,5–22,5	50,0–64,9
I, низший	17,0 и ниже	менее 50

У нормально развивающихся учащихся 1–2 классов в 90 % случаев отмечается IV и III уровни успешности. Второй, и особенно первый уровень успешности решения матричных задач, встречается у детей с ЗПР различного генеза. Суммарное количество баллов, равное 13 и менее, было обнаружено лишь у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью (Розанова Т. В., 1978; Переслени Л. И., 1996). Отдельно можно подсчитать сумму «дополнительных» баллов, полученных за решение проб со второй и третьей попыток, что может рассматриваться как отражение особенностей произвольного внимания, характеристика импульсивности ребенка.

Если задания на тождество и симметрию больше отвечают за зрительное восприятие и пространственное мышление, работоспособность, то задания на аналогии характеризуют собственно мыслительную деятельность. Как правило, умственно отсталые дети плохо справляются именно с заданиями на установление закономерностей по аналогии. Дети с ЗПР здесь более успешны, но в отличие от нормально развивающихся сверстников они чаще нуждаются в стимулирующей помощи, во второй и третьей попытках. Таким образом, количество отгаданных аналогий может служить показателем при дифференциации детей с ЗПР и умственной отсталостью.

Если в заданиях без аналогий нарастают ошибки к концу исследования, то это указывает на утомляемость. В случае преобладания ошибок в начале задания в таких пробах и их уменьшении к концу исследования можно говорить о медленной врабатываемости.

### **Методика «Разрезные картинки».**

**Авторы:** Л. И. Переслени, О. И. Шуранова (Переслени Л. И., 1996).

**Возраст обследуемых:** младший школьный (6,5–10 лет).

**Цель:** оценка уровня развития наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, особенностей пространственного конструирования.

**Стимульный материал.** Три черно-белых предметных картинки, вырезанные по контуру и разрезанные на части ([Приложение №](#)). Перечислим картинки в порядке возрастания трудности.

1. «Мальчик». Картишка заимствована из субтеста детского варианта интеллектуального теста Д. Векслера. В настоящей

методике это легкое задание предлагается использовать главным образом для ознакомления с процедурой обследования. Результаты его выполнения не влияют на количественную оценку уровня развития наглядных форм мышления, но возникновение трудностей при складывании этой картинки может иметь дополнительное диагностическое значение.

2. «Бабочка». В этом задании, как и в первом, имеется признак симметрии, облегчающий ребенку ориентировку в задании. Изображение бабочки разрезано на пять частей. Левое переднее и правое заднее крылья разрезаны так, чтобы при неправильном прикладывании частей почти совпадала длина срезов, но не узоры крыльев.

3. «Петух». Трудности складывания этой картинки обусловлены нестандартностью линий ее разреза на части, то есть вопреки привычному делению: голова, туловище, ноги и др.

**Процедура проведения.** На выполнение каждого из трех заданий ребенку дается максимум три попытки, по две минуты на каждую. Попытки различаются между собой последовательно увеличивающейся степенью помощи.

Перед началом каждой попытки психолог раскладывает перед ребенком части изображения стандартным образом (**Приложение №**) и предлагает ему собрать объект. При первой попытке никакой помощи, кроме стимулирующей (если в ней возникла необходимость), не оказывается. Если при первой попытке складывания картинки без образца ребенок исчерпал время, предлагается вторая попытка. При этом ему говорят: «Не получается — ничего, это довольно трудно. Я покажу тебе картинку (перед ребенком кладется целый, не разделенный на части образец). Вот что должно получиться. Посмотри внимательно и сложи такую же». Если ребенок собрал объект неправильно и сказал: «Все», психолог говорит: «Посмотри внимательно — все так?» При отрицательном ответе ребенку дают возможность использовать оставшееся (если оно осталось) время — до 2 минут. Если обследуемый не замечает ошибки, ему предлагается третья попытка.

При третьей попытке показывается разъединенный образец со словами: «На этой картинке показано, из каких частей она состоит. Прерывистые линии — это линии разреза. Узнаешь эти части? Посмотри, здесь видно, как они друг к другу прикладываются — сделай так же».

При второй и третьей попытках образец остается перед глазами ребенка. Если и после предъявления разъединенного образца ребенок не может правильно выполнить предлагаемое задание, используется четвертая попытка. В этом случае его просят наложить части картинки на образец и запомнить результат, предупредив, что затем он будет собирать картинку самостоятельно. После этого части картинки вновь раскладываются стандартным способом, образец убирается и предлагается вновь выполнить задание.

После правильного выполнения первого задания необходимо обратить внимание ребенка на точную «подгонку» частей друг к другу, на плавность контура. Кроме того, перед первой попыткой в каждом задании ребенка спрашивают, какой именно объект разрезан.

В протоколе фиксируется время выполнения каждой попытки. Целесообразно схематично отмечать способ составления изображения бабочки и особенно петуха.

Начисление баллов проводится по следующей схеме. Успешное выполнение задания: с первой попытки – 10 баллов; со второй – 8; с третьей – 5; с четвертой – 2; не наложил самостоятельно части картинок на образец, но смог, несмотря на это, собрать картинку – 1 балл; не выполнил задания – 0 баллов.

Когда ребенок не замечает тонких различий при складывании картинки (например, неправильное расположение детали 4 при складывании петуха), из оценки для соответствующей попытки вычитается 1 балл. Так, если петух складывается в основном правильно со второй попытки, с перевернутой четвертой деталью, то начисляется не 8, а 7 баллов.

Авторами методики на основе анализа массива экспериментальных данных (более 200 первоклассников) были выделены четыре уровня успешности решения задач (табл. 37).

Таблица 37

#### **Уровни развития наглядно-действенного и наглядно-образного мышления по результатам методики «Разрезные картинки»**

Уровень успешности	Общая сумма баллов	Процент
IV, высший	16–20	80–100
III	13–15,9	65–79
II	10–12,9	50–64
I, низший	9,9 и ниже	менее 50

Правильное складывание любой картинки с первой попытки дает основание считать, что у ребенка хорошо сформированы соответствующие образы-представления, перцептивные навыки анализа элементов изображений, наглядно-действенное и наглядно-образное мышление.

Выполнение задания не с первой, а со второй попытки может быть связано со слабой сформированностью образов-представлений при достаточном уровне развития перцептивных и мыслительных операций сравнения, анализа и синтеза.

Потребность в использовании третьего и особенно четвертого вида помощи с применением разъединенного образца указывает на недостаточное развитие перцептивных и мыслительных операций.

У большинства младших школьников с нормальным развитием наблюдаются IV и III уровни развития наглядных форм мышления. При ЗПР чаще встречаются II и I уровня.

**Название методики:** «Словесные субтесты» (краткий вариант).

**Авторы:** Л. И. Переслени, Е. М. Мастикова, Л. Ф. Чупров (Чупров Л. Ф., 2003).

**Возраст обследуемых:** младший школьный.

**Цель:** оценка уровня развития словесно-логического мышления.

**Стимульный материал.** Методика состоит из 25 проб-заданий. I субтест позволяет выявить осведомленность ребенка (5 заданий), II – сформированность операции классификации (на основе выделения пятого лишнего) (10 заданий), III – владение операцией установления закономерности по аналогии (5 заданий), IV – владение операцией обобщения (возможность подведения понятий под общую категорию) (5 заданий).

### I субтест

0. Кролик больше всего похож на ... кошку, белку, зайца, лису, ежа.

*Какое слово из пяти подходит к приведенной части фразы?*

1. *Месяц зимы ...*

сентябрь, октябрь, февраль, ноябрь, март.

2. *В году ...*

24 месяца, 3 месяца, 12 месяцев, 4 месяца, 7 месяцев.

3. *Отец старше своего сына ...*

часто, всегда, иногда, редко, никогда.

4. *У дерева всегда есть ...*

листья, цветы, плоды, корень, тень.

### 5. Пассажирский транспорт ...

комбайн, самосвал, автобус, экскаватор, тепловоз.

### II субтест

1. Чтение, письмо, пятерка, рисование, математика.

Одно слово здесь лишнее, его надо исключить. Какое слово здесь лишнее?

Объясни почему?

1. Тюльпан, лилия, фасоль, ромашка, фиалка.
2. Река, озеро, море, мост, пруд.
3. Кукла, скакалка, песок, мяч, юла.
4. Стол, ковер, кресло, кровать, табурет.
5. Тополь, береза, орешник, липа, осина.
6. Курица, петух, орел, гусь, индюк.
7. Окружность, треугольник, четырехугольник, указка, квадрат.
8. Саша, Витя, Стасик, Петров, Коля.
9. Число, деление, сложение, вычитание, умножение.
10. Веселый, быстрый, грустный, вкусный, осторожный.

### III субтест

1. Поезд / машинист = самолет / (крылья, пропеллер, пилот, небо, горючее).

Какое слово подходит к слову «самолет» так же, как слово «машинист» подходит к слову «поезд»?

1. Огурец / овошь = гвоздика / (сорняк, роса, садик, цветок, земля).
2. Огород / морковь = сад / (забор, грибы, яблоня, колодец, скамейка).
3. Часы / время = градусник / (стекло, больной, кровать, температура, врач).
4. Машина / мотор = лодка / (река, маяк, парус, волна, берег).
5. Стол / скатерть = пол / (мебель, ковер, пыль, доски, гвозди).

### IV субтест

1. Чашка, ложка, кружка ...

Как это все назвать вместе, одним словом?

1. Окунь, карась ...
2. Огурец, помидор ...
3. Шкаф, диван ...
4. Июнь, июль ...
5. Слон, муравей ...

**Процедура проведения и оценка результатов.** Обследование проводится только индивидуально. Время не ограничивается. Психолог читает пробы вслух, ребенок читает их одновременно про себя (плохо читающему лучше предъявлять пробы на слух).

После прочтения первой части нулевого задания I субтеста ребенка спрашивают: «Какое слово из пяти подходит к приведенной части фразы?», зачитывают пять слов из второй части нулевого задания. Услышав правильный ответ, уточняют, понятна ли ребенку цель задания, и переходят к первой пробе I субтеста. Прочитав первую часть первой пробы I субтеста, спрашивают: «Какое слово подходит?» — и после небольшой паузы зачитывают пять слов из второй части пробы. Если ответ правильный, решение оценивают в 1 балл. Если ответ неправильный, используют стимулирующую помощь: «Неправильно, подумай еще» — и зачитывают задание второй раз. За правильный ответ после второй попытки — 0,5 балла. Если ответ и со второй попытки неправильный, его оценивают в 0 баллов, но для этой пробы требуется выяснить понимание слова «всегда», что будет важно для оценивания третьей и пятой проб этого же субтеста.

После работы с инструктивным (нулевым) заданием II субтеста психолог зачитывает первую пробу II субтеста и спрашивает: «Какое из слов лишнее?» Если ответ правильный, задает вопрос: «Почему?» При правильном объяснении — 1 балл, при ошибочном объяснении — 0,5 балла. Если ответ ошибочный, то используют помощь, аналогичную описанной выше. Зачитывают пробу во второй раз. За правильный ответ и объяснение после второй попытки — 0,5 балла. При предъявлении 7, 8, 9, 10-й проб II субтеста дополнительный вопрос «Почему?» не задавать.

После ознакомления ребенка на нулевой пробе с характером предстоящего задания в III субтесте психолог приступает к первой пробе и предлагает подобрать к слову «гвоздика» такое, которое бы подходило к нему так же, как слово «овошь» к слову «огурец». За правильный ответ с первой попытки — 1 балл, после стимулирующей помощи — 0,5 балла. Неправильный ответ после второй попытки — 0 баллов.

Ознакомив ребенка с нулевым заданием IV субтеста, экспериментатор предлагает назвать подходящее слово для двух: «Окунь, карась. Как называются вместе, одним словом?» При

правильном ответе — 1 балл, при неправильном ответе предлагаются подумать еще. При правильном ответе со второй попытки — 0,5 балла. Неправильный ответ после второй попытки — 0 баллов.

При заполнении протокола целесообразно ответы сразу записывать по следующей форме: 1 балл — знак «+»; 0,5 = 0,5; 0 баллов — знак «-». Такая запись не отвлекает внимание ребенка, и у него не возникает ассоциации со школьной отметкой.

При обработке результатов для каждого ребенка подсчитывают сумму баллов за первую и вторую попытки по каждому из субтестов и общую суммарную балльную оценку за все 4 субтеста в целом. Оценка успешности (ОУ) определяется по формуле  $OY = (x \cdot 100\%) : 25$ , где  $x$  — сумма баллов, набранная за все 4 субтеста.

Уровень успешности определяется по табл. 38.

Таблица 38

#### Уровни успешности выполнения «Словесных субтестов»

Уровень успешности	Процент	Общая сумма баллов
IV, наивысший	80–100	20,0–25,0
III	65,0–79,9	16,5–19,5
II	50,0–64,9	12,5–16,0
I, низший	49,9 и ниже	12,0 и менее

По данным Переслени (1996), среди нормально развивающихся школьников 8–9 лет не обнаружено детей с I уровнем успешности, у детей 7–8 лет он встречается только в 4 % случаев. II уровень также редко отмечается в группе обычных школьников. У большинства из них встречаются III и IV уровни. У детей с ЗПР 8–9 лет лишь в 11 % случаев отмечается IV уровень, в 31 % — III, в 54 % — II, а у 4 % детей — I уровень. Следует учесть, что эти результаты получены на группе детей, которые обучались в специализированной школе по коррекционной программе, направленной на ликвидацию проблем в знаниях и развитие словесно-логического мышления. Очевидно, что у детей с ЗПР, не получающих коррекционную помощь, показатели ниже.

По данным авторов, если ребенок 7–8 лет выполняет менее 50 % заданий, то можно считать, что уровень словесно-логического мышления у него ниже, чем в норме. Для ребенка

8–9 лет на сниженный уровень умственного развития может указывать выполнение менее 65 % заданий. В этих случаях речь идет о возможной ЗПР. Следует учесть, что низкие результаты будут получены также при изучении детей с общим недоразвитием речи и умственной отсталостью.

После количественного анализа результатов следует провести качественный. Он призван ответить на вопрос: какие мыслительные операции и на какой ступени сложности доступны ребенку? Например, чем ниже результаты по I субтесту (общая осведомленность), тем вероятнее факт социально-педагогической запущенности, которая была характерна для ребенка в дошкольном возрасте.

Во II субтесте дается задача на классификацию. Необходимо отметить, способен ли ребенок отвлекаться от случайных и второстепенных признаков, от привычных отношений между предметами.

III субтест предполагает умозаключение по аналогии. Для выполнения этого задания необходимо уметь устанавливать логические связи и отношения между понятиями. Выявляется, может ли ребенок устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении ряда задач, в которых аналогии строятся по разному принципу. Если ребенок в последующей задаче пытается выделять аналогию по принципу предыдущей задачи, то следует говорить об инертности психических процессов.

В IV субтесте ребенок должен показать операцию обобщения — назвать понятие, объединяющее два слова. Эта операция вызывает значительные трудности у детей с умственной отсталостью, а нормально развивающиеся сверстники выполняют пробу вполне успешно.

### **Изучение эмоционально-волевой сферы**

Оценка состояния эмоционально-волевой сферы крайне необходима в работе психолога с ребенком с отставанием в развитии. Эмоциональная незрелость и недостаточность регуляторных функций психики в качестве первичного дефекта входят в структуру всех форм ЗПР. Данные особенности психики оцениваются в процессе всего психологического обследования с помощью анамнестического метода, наблюдения, беседы, эксперимента. Практическую ценность имеют диагностические процедуры, позволяющие количественно и качественно описать недоразвитие важнейших параметров эмоциональной и воле-

вой сфер (распознавание собственных и чужих эмоций, произвольность действий и деятельности).

**Методика «Эмоциональная идентификация»** (первая серия).

**Авторы:** Е. И. Изотова, Е. В. Никифорова (Изотова Е. И., Никифорова Е. В., 2004).

**Возраст обследуемых:** дошкольный.

**Цель:** изучение особенностей эмоциональной идентификации, выявление уровня сформированности ее двух компонентов — восприятия и понимания эмоций.

**Стимульный материал.** Карточки с изображениями лиц гномов, отражающих основные эмоциональные модальности. Предлагаются вариант для детей 4–5 лет и вариант для детей 5–7 лет, а также карта-шаблон «Шесть гномов» с непрорисованными лицами ([Приложение №](#)). Листы белой бумаги, цветные карандаши.

#### **Процедура проведения**

Диагностическая серия для детей 4–5 лет. Ребенку дается инструкция: «Хочешь, я расскажу тебе сказку о гномиках? Жили-были неразлучные друзья гномы: весельчак ЭХ, злюка УХ, плакса ОХ, бояка ОЙ, привереда ФУ, завида (ябеда) АГА. Гномы всегда играли вместе, хотя иногда ссорились». Первые четыре эмоциональные модальности (радость, гнев, печаль, страх) являются основным диагностическим полем и применяются для всех детей 4–5 лет. Модальности зависти (завида), отвращения/презрения (привереда) могут рассматриваться как усложнение и использоваться и для детей следующей возрастной категории, и для детей 4–5 лет с высоким уровнем экспрессивного восприятия. В процессе инструкции при необходимости проанализировать соответствие имени каждого гнома определенному эмоциональному состоянию осуществляется показ мимикой. Далее следует показать 4–6 карточек с лицами гномов.

Следующая инструкция: «Посмотри, здесь нарисованы все гномики. Попробуй отгадать, кто из них весельчак, злюка, плакса, бояка, привереда, завида (ябеда). Как ты догадался?» При затруднениях обращают внимание на брови, рот, глаза на изображениях. Используют показ мимикой. В процессе выполнения задания фиксируют выбор, номер попытки с правильным выбором, вид помощи.

Далее ребенка спрашивают: «А какой гномик тебе нравится больше? Почему? Расскажи о нем (нарисуй его). А какой

гномик тебе нравится меньше всех? Почему? Расскажи о нем (нарисуй его)». Данные фиксируются в протоколе (табл. 39).

Таблица 39

**Образец протокола**

Модальность (характеристика гномика)	Номер пиктограммы						Обоснование выбора
	1	2	3	4	5	6	
Оптимистичность (весельчак – № 1)							
Агрессивность (злюка – № 2)							
Пессимистичность (плакса – № 3)							
Тревожность (бояка – № 4)							
Капризность (привереда – № 5)							
Завистливость (завида-ябеда – № 6)							

Примечания: рассказ и особенности рисунка.

Диагностическая серия для детей 5–7 лет состоит из двух этапов.

Этап 1. Ребенку дается инструкция: «Хочешь, я расскажу тебе сказку о гномиках? Жили-были неразлучные друзья-гномы: весельчак ЭХ, злюка УХ, плакса ОХ, бояка ОЙ, привереда ФУ, завида (ябеда) АГА. Гномы всегда играли вместе, хотя иногда ссорились». В процессе инструкции при необходимости проанализировать соответствие имени каждого гнома определенному эмоциональному состоянию осуществляется показ мимикой. Далее показывают 6 карточек с лицами гномов.

Следующая инструкция: «Посмотри, здесь нарисованы все гномики. Попробуй отгадать, кто из них весельчак, злюка, плакса, бояка, завида (ябеда), привереда. Как ты догадался?» При затруднениях обращают внимание на брови, рот, глаза на изображениях. Используют показ мимикой. В процессе выполнения задания фиксируют выбор, номер попытки с правильным выбором, вид помощи.

Далее ребенка спрашивают: «А какой гномик тебе нравится больше? Почему? Расскажи о нем. А какой гномик тебе нравится меньше всех? Почему? Расскажи о нем».

Этап 2. Для детей 5–6 лет второй этап методики используется как усложнение (для детей с высокими показателями по первому этапу). Для детей 6–7 лет второй этап является обязательным. Предлагается карта-шаблон «Шесть гномов» и цветные карандаши. Дается инструкция: «Однажды гномики попросили художника нарисовать их всех вместе на одном портрете. А художник забыл (не успел) нарисовать им лица. Может быть, ты закончишь портреты, ты же знаешь, как гномики выглядят? С кого начнешь? Выбирай! У каждого гнома свой любимый цвет, поэтому все колпачки должны быть разноцветные. Как ты думаешь, какой колпачок подходит каждому гному?»

При затруднениях используют показ мимикой, показ карточек с лицами гномов. В процессе выполнения задания фиксируют очередность выбора при прорисовке лиц, цвет колпачка, вербальное сопровождение, вид помощи. Данные записывают в протоколе (табл. 40).

Таблица 40

**Образец протокола  
Этап 1**

Номер пиктограмм	Попытки			Помощь	Обоснование
	1	2	3		
№ 1 (весельчак)					
№ 2 (злюка)					
№ 3 (плакса)					
№ 4 (бояка)					
№ 5 (привереда)					
№ 6 (завида-ябеда)					

**Этап 2**

Гномы	Выбор цвета	Адекватность прорисовки (элементы)				Обоснование
		рот	глаза	брови	другое	
Весельчак						
Злюка						
Плакса						
Бояка						
Привереда						
Завида-ябода						

Примечание: рассказ.

В процессе проведения методики могут быть использованы следующие виды помощи.

1. Ориентационная (о) — вид помощи, основанный на вербальной ориентации ребенка в процедурных особенностях выполнения диагностического задания. Состоит в дублировании инструкции, наводящих и вспомогательных вопросах. Ориентационная помощь является критерием детской психодиагностики, следовательно, ее применение не меняет диагностических результатов.

2. Содержательная (с) — вид помощи, основанный на вербальном объяснении способов выполнения диагностических заданий, а также на наглядном показе (обучение через пояснение, показ). Содержательная помощь рассматривается как обучающая попытка и интерпретируется как способность ребенка к продуктивному обучению.

3. Предметно-действенная (п-д) — вид помощи, основанный на конкретных совместных действиях с ребенком по выполнению диагностических задач. Предметно-действенная помощь констатирует низкий уровень сформированности возрастных показателей эмоционального развития, возможность эмоциональных отклонений и нарушений. Осуществляется с целью адаптации ребенка к взаимодействию (инициатива психолога) в случае высокой ситуативной тревожности или завершения начатого действия для достижения эффекта продуктивности.

**Оценка результатов.** Оценка результатов проводится по таблице поуровневой дифференциации (табл. 41).

*Таблица 41*

**Таблица поуровневой дифференциации**

Показатели	Возраст	Дифференциация
Восприятие экспрессии	4–5 лет	Высокий уровень: 4–6 адекватных выборов без использования помощи. Средний уровень: 3–4 адекватных выбора с использованием одного вида помощи (с). Низкий уровень: 1–2 адекватных выбора с использованием двух видов помощи (с, п-д)
Восприятие экспрессии	5–6 лет	Высокий уровень: 6 адекватных выборов без использования помощи. Средний уровень: 4 адекватных выбора без использования помощи. Низкий уровень: 2–4 адекватных выбора с использованием двух видов помощи (с, п-д)

Показатели	Возраст	Дифференциация
Восприятие экспрессии	6–7 лет	Высокий уровень: выделение комплекса экспрессивных признаков по 4–6 модальностям (глаза + + рот + брови). Средний уровень: нестабильное выделение комплекса экспрессивных признаков по 4–6 модальностям. Низкий уровень: выделение отдельных экспрессивных признаков (рот, глаза) по всем модальностям с использованием двух видов помощи (с, п-д)
Понимание эмоции	4–5 лет	Высокий уровень: соответствие экспрессивных признаков эмоциональному содержанию по 4–6 модальностям. Средний уровень: соответствие экспрессивных признаков эмоциональному содержанию по 3–4 модальностям. Низкий уровень: соответствие экспрессивных признаков эмоциональному содержанию по 2–4 модальностям с использованием двух видов помощи (с, п-д)
Понимание эмоции	5–6 лет	Высокий уровень: соответствие экспрессивных признаков эмоциональному содержанию по 6 модальностям. Средний уровень: соответствие экспрессивных признаков эмоциональному содержанию по 4–6 модальностям. Низкий уровень: затруднения в выявлении соответствия экспрессивных признаков эмоциональному содержанию по всем модальностям с использованием двух видов помощи (с, п-д)
Понимание эмоции	6–7 лет	Высокий уровень: соответствие экспрессивного эталона эмоциональному содержанию по 6 модальностям с определением характерных особенностей поведения. Средний уровень: соответствие экспрессивного эталона эмоциональному содержанию по 4–6 модальностям с определением характерных особенностей поведения с использованием одного вида помощи (с). Низкий уровень: затруднения в выявлении соответствия экспрессивного эталона эмоциональному содержанию по 4 модальностям с использованием двух видов помощи (с, п-д)

Дошкольники с ЗПР значительно хуже дифференцируют эмоциональные состояния. Идентифицировать эмоцию по фотографии или на лице реального человека, которая не включена ни в какой игровой контекст, дошкольники с ЗПР не могут. По данной методике, в рамках которой предлагается схематичное изображение эмоций, шести-семилетние воспитанники коррекционных групп показывают низкий уровень. Они делают в среднем два адекватных выбора, обычно определяя «весельчака» (опти-

мистичность) и «злюку» (агрессивность). Изобразить эмоцию на шаблоне они затрудняются и нуждаются в содержательной и предметно-действенной помощи (психолог обращает внимание на глаза и рот гномика, используя собственную мимику; помогает сделать рисунок). Вербальное сопровождение рисования крайне скучное. Рассказать о любимом или нелюбимом гномике ребенку также сложно. Для того чтобы экспрессивный эталон соответствовал эмоциональному содержанию, необходимы наводящие вопросы, подсказки. Сложности эмоциональной идентификации, безусловно, снижают возможности осознания и понимания собственных эмоций, что, в свою очередь, делает слабым контроль над эмоциями у детей с ЗПР.

**Методика:** «Личностный опросник Г. Айзенка ЕРІ» (детский вариант).

**Автор:** Г. Айзенк (адаптация А. Ю. Панасюка) (Панасюк А. Ю., 1977).

**Возраст обследуемых:** с 7 лет. (В работе с детьми с ЗПР детский вариант теста Айзенка целесообразно использовать со среднего школьного возраста.)

**Цель:** оценка двух биполярных психических характеристик — нейротизма с крайними полюсами «эмоционально уравновешенный — неуравновешенный» и «экстраверсия — интроверсия».

**Стимульный материал.** Бланк со списком из 60 вопросов ([Приложение №](#)).

**Процедура проведения.** Ребенка просят отвечать на вопросы откровенно, долго не задумываясь. Отвечая на вопрос, школьник должен записывать его номер и ответ «+» («Да»), если он согласен с ним, или «-» («Нет»), если не согласен. Следует указать, что согласием ребенок отвечает в том случае, если предполагаемое свойство наиболее характерно для него, проявляется достаточно часто. Важно напомнить, что нет ни хороших, ни плохих ответов.

**Оценка и интерпретация результатов.** Оценка результатов проводится по трем шкалам в соответствии с ключом.

Шкала нейротизма. Нейротизм подтверждается ответами «Да» на вопросы: 2, 5, 7, 10, 13, 15, 18, 21, 23, 26, 29, 31, 34, 37, 39, 42, 45, 47, 50, 52, 54, 56, 58, 60.

Шкала экстраверсии — интроверсии. Экстраверсия подтверждается ответами «Да» на вопросы: 1, 3, 6, 9, 11, 14, 17,

19, 22, 25, 27, 30, 35, 38, 41, 43, 46, 49, 53, 57; ответами «Нет» на вопросы: 48, 51, 55, 59.

Шкала лжи. Подсчитываются ответы «Да» на вопросы: 8, 16, 24, 28, 36; ответы «Нет» на вопросы: 4, 12, 20, 32, 40, 48.

За каждое совпадение по ключу начисляется 1 балл. Интерпретация показателей заключается в оценке того, к какому из двух полюсов склоняются выявленные показатели. Например, экстраверсия диагностируется при показателе больше 12 баллов по этой шкале; чем этот показатель меньше 12, тем более выраженной является интроверсия. Если испытуемый получает по шкале лжи более 4 баллов, то это может указывать на отсутствие искренности в ответах, выраженную установку на социальное одобрение, демонстративность поведения, что ставит под сомнение также ответы на вопросы по другим шкалам.

По мнению автора опросника, экстраверта характеризуют общительность, широкий круг знакомств, импульсивность, оптимистичность, слабый контроль над эмоциями. Для интроверта характерны противоположные черты: спокойствие, застенчивость, интроспективность, отдаленность от всех, кроме близких людей. Он планирует свои действия заранее, любит порядок во всем и держит свои чувства под строгим контролем.

Нам представляется, что в работе с подростками с ЗПР более важную диагностическую информацию дает шкала нейротизма, а не «экстраверсия — интроверсия». Под нейротизмом понимается характеристика эмоциональной уравновешенности. Высокий показатель нейротизма еще не указывает на наличие у человека невроза, но «нейротической» личности свойственно неадекватно сильное реагирование по отношению к вызывающим его стимулам. При неблагоприятных обстоятельствах эта черта может перерасти в невроз.

Т. А. Власова и М. С. Певзнер (1973) указывали, что «изменения в поведении и неуспеваемость некоторых школьников могут быть обусловлены тяжелыми психическими переживаниями...», «...неразрешимый конфликт оказывает специфическое влияние на формирование черт характера и может тормозить умственное развитие» (Власова Т. А., Певзнер М. А. О детях с отклонениями в развитии. М., 1973. С. 67, 71). У детей с ЗПР в процессе адаптации к обучению нередко возникают различные тревожно-невротические симптомы. В работе Д. Н. Исаева и Н. Г. Елисеева (1999) доказана информативность шкалы

нейротизма опросника Айзенка для выявления и оценки степени тревожно-невротической симптоматики у детей с ЗПР. Был получен высокий коэффициент корреляции показателей этой шкалы с данными психолого-педагогического экспертного оценивания, в котором психологи и педагоги определяли выраженность симптомов в поведении детей. В то же время это исследование показало, что ряд популярных в настоящее время методик не диагностирует достоверно интенсивность тревоги и невротизм у школьников с ЗПР. К таким методикам исследователи относят цветовой тест М. Люшера, детский вариант опросника Спилбергера, проективный тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки и В. Амен.

### Методика «Графический узор».

**Авторы:** Д. Б. Эльконин, Н. В. Бабкина (Бабкина Н. В., 2015).

**Возраст обследуемых:** 6–7 лет.

**Цель:** оценка произвольности действий, а именно умения соблюдать правила, задающие способ действия, а также особенностей произвольного внимания, пространственной ориентировки и мелкой моторики.

**Стимульный материал.** Тестовый бланк, на котором изображен графический узор (рис. 5). Тетрадный лист в клетку, карандаш.

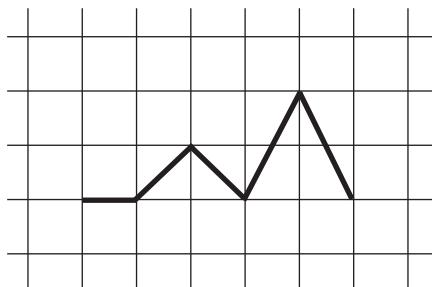


Рис. 5. Тестовый бланк, используемый в методике «Графический узор»

**Процедура проведения.** Ребенка просят перерисовать образец в тетрадный лист в клетку и продолжить его до конца строчки.

**Оценка результатов.** При выполнении задания оценивается точность копирования образца и правильность последующего воспроизведения узора. Оценка результатов проводится по уровням успешности.

Первый уровень. Дети полностью справляются с заданием и не допускают ни одной ошибки. Они точно копируют образец и продолжают узор до конца строчки. Эти дети работают внимательно, сосредоточенно, постоянно сверяясь с образцом.

Второй уровень. Дети успешно выполняют задание, но в их работах присутствуют некоторые неточности, которые они сами исправляют, сверяя свой результат с образцом.

Третий уровень. Дети не допускают ошибок на первом этапе выполнения задания (срисовывание образца узора), но второй этап (продолжение узора), требующий развитых навыков самоконтроля, вызывает у них трудности: они отличаются высокой моторной расторможенностью, быстрым истощением внимания, не могут сосредоточиться на целенаправленной деятельности.

Четвертый уровень. Дети изначально не могут скопировать графический узор с визуального образца, что свидетельствует о несформированности произвольности действий, внимания и слабой пространственной ориентировке.

Большинство нормально развивающихся старших дошкольников показывают второй уровень успешности. Дети с ЗПР обнаруживают в основном второй и третий (средний и ниже среднего) уровни сформированности произвольности действий и поведения. Они охотно приступают к заданию, первый этап работы выполняют почти безошибочно, однако экспериментатору постоянно приходится советовать детям не торопиться, внимательно отнести к заданию, все проверить. Второй этап (продолжение узора), требующий сформированности саморегуляции и самоконтроля, вызывает у данной группы дошкольников трудности. Четвертый уровень среди детей с ЗПР встречается в два раза чаще, чем в норме. Среди здоровых первоклассников детей, имеющих высокий уровень по этой методике, почти в два раза больше, чем среди семилетних детей с ЗПР, обучающихся в классах коррекции. Этот факт проявляется, несмотря на то что коррекционное обучение предполагает развитие произвольности. Ученики с ЗПР показывают низкий уровень в три раза чаще нормально развивающихся сверстников.

Результативность выполнения заданий по типу графических диктантов у детей с ЗПР можно оценивать также в процедуре и по схеме, предложенной У. В. Ульянковой.

**Методика** «Изучение особенностей саморегуляции в интеллектуальной деятельности». **Автор:** У. В. Ульянкова (Ульянко-ва У. В., 1982).

**Возраст обследуемых:** старший дошкольный.

**Цель:** оценка уровня сформированности действий самоконтроля на различных этапах интеллектуальной деятельности, а именно особенностей восприятия из инструкции взрослого общей цели и конкретной программы деятельности; действий самоконтроля по заданным параметрам деятельности на протяжении всего занятия; различия достигнутого результата с заданием взрослого.

**Стимульный материал.** Образец системы палочек и черточек (/ – // – /// – /), двойной тетрадный лист с разлиновкой в одну линейку, простой карандаш.

**Процедура проведения.** Методику можно применять в группе. Экспериментатор организовывает и рассаживает детей как на обычном учебном занятии. Перед каждым ребенком кладет тетрадный лист. В течение 4–5 минут проводится инструктирование, то есть разъясняются правила работы на занятии (15 минут): 1) писать палочки и черточки в заданной последовательности; 2) правильно переносить системы знаков с одной строки на другую; 3) не писать на полях; 4) писать не в каждой строке, а через одну. Выполнение задания демонстрируется на классной доске.

В процессе написания на доске экспериментатор еще раз повторяет вместе с детьми правила. Затем, чтобы убедиться, правильно ли дети находят первую строку, поля, третью строку и т. д., просит показать их указательным пальцем. Убедившись, что все дети ориентируются на тетрадном листе, заканчивает инструктаж, стирает написанное на доске и говорит: «Старайтесь писать правильно, аккуратно, молча, чтобы не мешать друг другу. Если вам что-либо непонятно, спросите сейчас». После короткой паузы добавляет: «Будете писать до тех пор, пока я не скажу: „Достаточно, проверьте написанное“ А теперь пишите!»

Засекается время начала работы. Помощь детям в процессе работы по методике не предусматривается.

**Оценка результатов.** При оценке работ используются критерии степени сформированности самоконтроля на основных этапах интеллектуальной деятельности. Они включают:

- степень полноты принятия задания (ребенок принимает задание во всех компонентах, принимает частично, не принимает совсем);

- степень полноты сохранения задания до конца занятия (ребенок сохраняет задание во всех компонентах, сохраняет лишь отдельные его компоненты, полностью теряет задание);
- качество самоконтроля по ходу выполнения задания (характер ошибок, замечает или не замечает свои ошибки, исправляет или не исправляет их);
- качество самоконтроля при оценке результата деятельности (старается основательно проверить и проверяет, ограничивается беглым просмотром, вообще не просматривает работу, а отдает ее взрослому сразу по окончании).

В соответствии с оценочными критериями выделяют пять уровней сформированности саморегуляции в интеллектуальной деятельности: I, II, III, IV, V (в направлении от высшего к низшему). Уровни служат целям количественной и качественной оценки степени сформированности саморегуляции.

### **Описание уровней**

I уровень (5 баллов). Дети принимают задание полностью, во всех компонентах сохраняют его до конца занятия. Работают сосредоточенно, не отвлекаясь на протяжении всего занятия. Работают в основном точно, если и допускают отдельные ошибки в соблюдении того или иного правила, то при проверке замечают и самостоятельно устраниют их. Не спешат сдать работу сразу же после сигнала об окончании, а еще раз проверяют написанное. В случае необходимости вносят поправки, делают все, чтобы работа была выполнена не только правильно, но и выглядела аккуратной и красивой. В исследовании У. В. Ульянковой у детей, показавших I уровень, максимальное количество написанных строк было 14–12; максимальное количество написанных групп знаков – от 60 до 50. Результаты работы говорят о высокой сформированности саморегуляции в интеллектуальной деятельности.

II уровень (4 балла). Дети принимают задание полностью, сохраняют его также полностью до конца занятия. По ходу работы допускают немногочисленные ошибки на то или иное правило, но не теряют его вовсе. Самостоятельно не замечают и не устраниют ошибки. Предложение экспериментатора еще раз внимательно просмотреть свою работу такие дети в большинстве случаев воспринимают формально: бегло прошматривают написанное и, не обнаружив ошибок, откладывают

в сторону. Качество оформления работы их не заботит, хотя общее стремление получить хороший результат у них есть. Результаты работы говорят о слабости саморегуляции. У детей, показывающих этот уровень, еще не сложились способы самоуправления в интеллектуальной деятельности, которые могли бы проявляться достаточно стабильно и не зависели бы от внешних помех и препятствий.

III уровень (3 балла). Дети принимают лишь часть инструкции. Они усваивают общую цель задания (что писать), но конкретную программу, относящуюся к способам реализации задания (как писать), осознают лишь частично. Чаще всего они принимают те из правил, которые запечатлеваются на зрительном уровне: нельзя писать на полях — они за красной чертой; писать нужно не в каждой строке, а через одну. Правила, требующие установления определенных отношений внутри системы знаков и между системами, они понимают и запоминают хуже. В процессе работы допускают многочисленные ошибки не только по невнимательности но прежде всего потому, что не запоминают правила выполнения задания. Ошибок не замечают, не исправляют их. На заключительном этапе показывают полную несформированность действий сличения достигнутого результата даже с принятыми ими правилами задания. После сигнала об окончании работы не проявляют желания улучшить ее качество, сразу же кладут карандаш, отодвигают от себя листок и больше не смотрят на него. К просьбе экспериментатора проверить работу остаются равнодушными. Можно говорить о несформированности действий самоконтроля на всех этапах интеллектуальной деятельности. Положительным моментом является тот факт, что дети пытаются взять из инструкции взрослого наиболее доступные для них правила и подчинить им свою работу. Возможна групповая коррекция навыков саморегуляции.

IV уровень (2 балла). Дети также принимают общую цель задания (что писать), однако элементы инструкции, относящиеся к способам реализации, принимают в меньшем объеме, чем на III уровне. Более или менее уверенно принимают легкие правила: писать палочки и черточки, не писать на полях, писать по линейкам, но даже их не удается придерживаться до конца работы. Не приняв основные правила в начале занятия и потеряв остальные по ходу работы, дети действуют без всяких ориентиров, то есть пишут палочки и черточки в случай-

ном порядке. Исправлений допущенных ошибок, то есть саморегуляции, по ходу работу не наблюдается. Качество письма детей совершенно не беспокоит: палочки могут быть разной высоты, наклона, нажима, могут выглядеть как волнистые линии. За отведенные 15 минут дети заполняют от одной до двух строк и при этом очень устают. После сигнала об окончании работы быстро откладывают листки и больше не обращают на них внимания. Факты говорят о более значительной несформированности саморегуляции по сравнению с III уровнем. Такие дети нуждаются в индивидуально-ориентированной, целенаправленной коррекционной помощи.

В уровень (1 балл). Дети совсем не принимают задания. Более того, они вообще не понимают, что перед ними поставлена какая-то задача. Они улавливают из инструкции только то, что надо действовать с карандашом и бумагой. Рисуют и пишут, что хотят (цифры, буквы, предметы), откровенно радуясь при этом заполнению листа. Некоторые дети принимают общую цель задания, но не соблюдают ни одно из правил: стараются писать палочки и черточки, но пишут в случайном порядке, без учета разлиновки листа, полей. О саморегуляции на заключительном этапе занятия говорить также не приходится.

По данным У. В. Ульянковой, у большинства нормально развивающихся 6-летних детей выявляются I и II уровни сформированности саморегуляции. У детей с ЗПР эти уровни вообще не встречаются. 88,5 % воспитанников коррекционных групп обнаружили III и IV уровни. 11,5 % детей с ЗПР оказалось на V – низшем по оценочным критериям уровне. Автор отмечает, что у большинства детей, показавших V уровень, в процессе коррекционной работы в результате уточнения диагноза была констатирована умственная отсталость легкой степени. Таким образом, результаты по данной методике могут служить ориентиром психолого-педагогической коррекции, а также давать возможность более точно дифференцировать старших дошкольников с ЗПР от детей с умственной отсталостью и нормальным развитием.

### **Изучение самосознания**

Вопросы самосознания признаются наименее изученными в отношении детей с отклонениями в развитии. Известно, что уровень развития самосознания зависит от интеллектуальных способностей, особенностей эмоционально-волевой сферы и ха-

рактера общения со взрослыми и сверстниками. В связи с этим его изучение может дать ценную информацию для дифференциации детей с ЗПР и умственной отсталостью, а также для более глубокого понимания проблем ребенка, определения задач психологической коррекции.

**Методика** «Исследование детского самосознания и половозрастной идентификации».

**Автор:** Н. Л. Белопольская (Белопольская Н. Л., 2009).

**Возраст обследуемых:** от 3 до 11 лет.

**Цель:** оценка уровня сформированности аспектов самосознания, которые связаны с идентификацией пола и возраста.

**Стимульный материал.** Два набора карточек-рисунков, на которых персонаж мужского или женского пола изображен в разные периоды жизни — от младенчества до старости. Каждый такой набор (мужской и женский варианты) состоит из 6 карточек. Облик изображенного на них персонажа демонстрирует типичные черты, характерные для определенной фазы жизни в соответствии с половозрастной ролью: младенчества, дошкольного возраста, школьного возраста, юности, зрелости и старости ([Приложение №](#)).

**Процедура проведения.** Исследование проводится в два этапа.

Задачей *первого этапа* является оценка возможности ребенка идентифицировать свой настоящий, прошлый и будущий половозрастной статус на представленном ему изобразительном материале. Другими словами, проверяется способность к адекватной идентификации своего жизненного пути. Перед ребенком на столе в случайному порядке раскладываются все 12 картинок (оба набора). В процессе инструктажа предлагается показать, какому образу соответствует представление о себе в настоящий момент. Ребенка просят: «Посмотри на эти картинки. Как ты думаешь, какой (какая) ты сейчас?» Можно последовательно указать на 2–3 картинки и спросить: «Такой? (Такая?)». Однако в случае «подсказки» не следует показывать на те картинки, образ которых соответствует настоящему образу ребенка в момент исследования.

Если ребенок сделал адекватный выбор картинки, можно считать, что он правильно идентифицирует себя с соответствующим полом и возрастом, что отмечается в протоколе. Если же выбор сделан неадекватно, это также фиксируется в протоколе. В обоих случаях можно продолжать исследование. В тех слу-

чаях когда ребенок вообще не может идентифицировать себя с каким-либо персонажем на картинках, например, заявляя: «Меня здесь нет», эксперимент продолжать нецелесообразно, так как даже идентификация с образом настоящего не сформирована.

После того как ребенок выбрал первую картинку, ему дается дополнительная инструкция — показать, каким он был раньше. Можно сказать: «Хорошо, сейчас ты такой, а каким ты был раньше?» Выбор фиксируется в протоколе. Отобранную карточку располагают перед той, что была отложена первой, так, чтобы получилось начало возрастной последовательности.

Затем ребенка просят показать, каким он будет потом. Причем, если ребенок справляется с выбором первой картинки образа будущего (например, дошкольник выбирает картинку с изображением школьника), ему предлагают определить и последующие возрастные образы. Все картинки выкладываются самим ребенком в виде последовательности. Взрослый может помочь в этом, но находить нужный возрастной образ ребенок должен строго самостоятельно. Вся полученная таким образом последовательность отражается в протоколе.

Если ребенок правильно (или почти правильно) составил последовательность для своего пола, его просят разложить в возрастном порядке карточки с персонажем противоположного пола.

На *втором этапе* исследования сравниваются представления о «Я» настоящем, «Я» привлекательном и «Я» непривлекательном. На столе лежат обе последовательности картинок. Та, которую ребенок составил (или последовательность, соответствующая полу ребенка), лежит непосредственно перед ним, а вторая — немного дальше. Когда составленная ребенком последовательность существенно неполна (например, состоит всего из двух карточек) или содержит ошибки (например, перестановки), именно она находится перед ним, а остальные карточки в неупорядоченном виде располагаются чуть в отдалении. Все они должны быть в поле его зрения.

Ребенка просят показать, какой образ последовательности кажется ему самым привлекательным. Даётся инструкция: «Еще раз внимательно посмотри на эти картинки и покажи, каким бы ты хотел быть». После того как ребенок указал на какую-либо картинку, можно задать ему 2–3 вопроса о том, чем этот образ показался ему привлекательным. Затем ребенка просят показать

картинку с самым непривлекательным для него возрастным образом. Даётся инструкция: «А теперь покажи на картинках, каким ты ни за что не хотел бы быть». Ребенок выбирает картинку, и если выбор не очень понятен экспериментатору, то можно задать ему вопросы, уточняющие мотивы выбора.

Результаты обоих выборов фиксируются в протоколе. Для регистрации хода работы по методике рекомендуется использовать бланки протокола. В них размечены позиции правильной половозрастной последовательности, против которых указывается выбор ребенка. Помимо этого отмечаются положительные и отрицательные предпочтения. Выбор «идентичного» персонажа отмечается крестиком в скобках, остальных — простым крестиком. Пропущенные позиции отмечаются знаком минус, а при нарушении последовательности в соответствующей позиции указываются номера выбранных карточек. Например, если дошкольник правильно идентифицировал себя и свой предыдущий статус, но поставил юношу позади мужчины, а карточку со стариком отложил в сторону, то его результат записывается в бланк протокола так:

1	2	3	4	5	6
младенец	дошкольник	школьник	юноша	мужчина	старик
+	(+)	+	5	4	-

Выбранные привлекательные и непривлекательные образы обозначают порядковым номером картинки в последовательности. Например, привлекательный образ — 4, непривлекательный образ — 6. Полезно регистрировать также непосредственные высказывания и реакции ребенка в процессе выполнения данной ему инструкции и его ответы на вопросы экспериментатора о мотивах того или иного выбора.

**Оценка и интерпретация результатов.** Оценка и интерпретация результатов проводятся на основе сравнения показателей испытуемого с данными детей с нормальным развитием соответствующей возрастной группы.

Дети с нормальным психическим развитием характеризуются следующей половозрастной идентификацией. Трехлетние чаще всего (в 84 % случаев) идентифицируют себя с младенцем и не принимают дальнейшей инструкции. Однако уже к 4 годам почти все дети оказываются способны идентифицировать себя с картинкой, на которой изображен дошкольник

соответствующего пола. Приблизительно 80 % детей этого возраста могут идентифицировать свой прошлый образ с образом младенца на картинке. В качестве «образа будущего» дети выбирают разные картинки: от картинки с изображением школьника (72 %) до картинки мужчины (женщины), комментируя это так: «Потом я буду большой, потом я буду мама (папа), потом я буду, как Таня (старшая сестра)». Типичной для детей этого возраста является половозрастная последовательность, отраженная в бланке протокола:

1	2	3	4	5	6
младенец	дошкольник	школьник	юноша	мужчина	старик
+	(+)	+	-	-	-

Начиная с 5 лет дети уже не делают ошибок при идентификации своего реального половозрастного статуса и могут правильно построить последовательность идентификации: младенец — дошкольник — школьник. Около половины из них продолжают построение последовательности и идентифицируют себя с будущими ролями юноши (девушки), мужчины (женщины), правда называя последних «папа» и «мама». Таким образом, 80 % детей 5 лет строят последовательность, отраженную в бланке:

1	2	3	4	5	6
младенец	дошкольник	школьник	юноша	мужчина	старик
+	(+)	+	+	+	-

А 20 % детей этого возраста — более укороченную последовательность:

1	2	3	4	5	6
младенец	дошкольник	школьник	юноша	мужчина	старик
+	(+)	+	+	-	-

Большинство детей в возрасте 6–7 лет правильно устанавливают полную идентификационную последовательность. Некоторые испытывают затруднение в идентификации себя с образом «старость».

Все дети 8 лет способны к установлению полной идентификационной последовательности из 6 картинок. Они идентифи-

цируют себя с будущим образом старости, хотя и считают его самым непривлекательным. Образ «младенца» также оказывается для многих непривлекательным.

В исследовании Н. Л. Белопольской было установлено, что шестилетние дети с ЗПР справляются с заданием, то есть показывают на картинке, какими они являются сейчас, были раньше и будут потом. Но для многих из них оказывается трудным правильно построить полную идентификационную последовательность. Им недоступна идентификация с образом «старость» («Таким я не буду никогда»). Именно этим они отличаются от здоровых детей. Кроме того, дети с ЗПР часто допускают неточности, путая местами образы «юности» и «зрелости», а также включают в последовательность вторую картинку с изображением младенца из другого набора. При выполнении задания они реже сопровождают свои действия комментариями.

Часть умственно отсталых детей даже к 6 годам не может идентифицировать свой возраст и пол с каким-либо рисунком («Здесь меня нет»). Некоторые идентифицируют себя с образом дошкольника, но не понимают смены возрастных образов на протяжении жизни человека, не устанавливая полную последовательность.

Диагностически значимыми являются ответы детей на вопрос о привлекательном для них возрастном образе. По данным Белопольской, здоровые дети и некоторые дети с ЗПР, которые оказываются наиболее перспективными в плане коррекционной работы, обнаруживают четкую ориентацию на будущий возрастной образ младшего школьника либо старшеклассника. При более выраженной ЗПР и умственной отсталости в качестве привлекательного образа чаще выбирается либо дошкольник, либо младенец («У меня дома тоже есть такой мишкан»).

**Методика «Лесенка»** (модифицированный вариант методики Дембо — Рубинштейн) (Миланич Ю. М., 1998).

**Возраст обследуемых:** старший дошкольный и младший школьный.

**Цель:** характеристика особенностей самооценки — отношения к себе, представления об отношениях к себе других людей, соотношения этих представлений.

**Стимульный материал.** Нарисованные на листе бумаги лесенки из 5 ступенек, разделенных центральной чертой, бумажная фигурка мальчика или девочки (в зависимости от пола ребенка),

которую можно ставить на лесенку. Количество лесенок-шкал может варьировать в зависимости от задач исследования от 1 до 7. Для изучения самооценки ребенка с ЗПР мы предлагаем использовать четыре шкалы: «ум», «характер», «здоровье», «счастье».

**Процедура проведения.** Процедура напоминает игровую ситуацию. Если используется одна лесенка-шкала, то дается инструкция: «Посмотри на эту лесенку. Давай представим с тобой, что на ней располагаются все ребята. На самой верхней окажутся самые хорошие, послушные, добрые ребята; на средней — хорошие дети, но они иногда балуются, шалят; внизу — непослушные, злые мальчики и девочки». После этого ребенку вручают фигурку человека и просят поставить ее на ту ступеньку, на которую ребенок поставил бы себя сам: «А куда ты сам себя поставил?» Затем предлагают поместить фигурку туда, куда ее поставят взрослые: мама, папа, воспитатель, учитель и т. д. Если используется несколько лесенок-шкал, то дается более конкретная характеристика детей, например: «На верхней ступеньке самые умные ребята; посередине — так себе ребяташики — не умные и не глупые; на последней, самой низкой — самые глупые ребята. Как ты думаешь, на какой ступеньке сидишь ты?» и т. д. Затем, так же как и в ситуации с одной шкалой, определяют представление ребенка о том, как к нему относятся другие люди.

**Оценка и интерпретация результатов.** Каждый выбор ребенка получает от 1 до 5 баллов по количеству ступенек. Исследователи возрастной динамики самооценки сходятся во мнении, что в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте у большинства нормально развивающихся детей сохраняется высокая самооценка. В данной методике они ставят себя на пятую или четвертую ступень (5–4 баллов). Если используется несколько шкал, то хотя бы на одной лесенке ребенок «оказывается» на четвертой ступеньке. Это объясняется так: «Я иногда балуюсь», «Бывает, что у меня что-то не получается» и др.

Учитывая возрастные данные, мы предлагаем следующую схему оценки результатов: 1) низкая самооценка — 1–3 балла; 2) средняя — 3–4 балла; 3) высокая — 5 баллов.

Диагностическую ценность представляет также другой показатель — наличие и величина разрыва между собственной самооценкой ребенка и его оценкой глазами других. Благополучной признается высокая самооценка, которую ребенок объясняет, ссылаясь на реальные ситуации и достижения. При этом он считает, что оценка других такая же.

Рассмотрим признаки неблагополучной самооценки.

1. Высокая самооценка сочетается с ожиданием высокой оценки от значимого взрослого. При этом ребенок либо вообще не обосновывает свой выбор, либо дает скучное объяснение без указания реальных успехов. Чем старше ребенок, тем вероятнее такая ситуация может отражать его личностную незрелость, инфантилизм. Подобные оценки можно встретить у детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями, которые интенсивно используют два защитных механизма — отрицание (непринятие фактов, очевидных для других, но болезненных для самой личности) и подавление (забывание тревожной информации). Такой ребенок в тестовой ситуации выдает желаемое за действительное.

2. Обнаружен разрыв оценок. Он может быть признан благоприятным, если ребенок ставит себя на четвертую ступень, а взрослый (например, мама) ставит его на пятую. Он уже критично подходит к каким-то своим качествам, но ощущает твердую поддержку, доброжелательное отношение к себе значимого человека. Другой вариант разрыва: ребенок ставит себя выше, чем поставил бы его значимый взрослый. Есть переживание, что его считают плохим, неважным, его не любят и не ценят. Как правило, из окружения ребенка находится кто-то, кто, по его мнению, поставит его на верхнюю ступеньку, например дедушка. Эту информацию психолог неизменно должен использовать в психокоррекции.

3. Возможно проявление компенсаторной самооценки: оценивая себя низко по одной шкале, ребенок завышает оценку другого качества, при этом можно видеть, что это завышение не имеет реальных оснований. Например, часто болеющий, с плохой успеваемостью школьник дает низкую оценку своему здоровью и характеру, но высокую — уму, не ссылаясь при этом на мнение взрослых или реальные достижения.

В современной специальной психологии существует мнение, что при ЗПР самооценка детей неадекватно завышена. Но по нашим данным, у этой категории детей встречаются все три признака неблагополучия (Миланич Ю. М., 2007). Необходим дифференцированный подход в коррекционной работе в зависимости от варианта развития самооценки ребенка с ЗПР.

## **Изучение коммуникативной сферы**

Несмотря на достаточно высокую потребность в общении, у детей с ЗПР существенно ограничены возможности социализации, становления полноценных коммуникаций со взрослыми

и сверстниками. Это связано с незрелостью эмоционально-волевой, мотивационной, нравственной сфер, бедностью знаний и речи. В то же время общению отводится значительная роль в коррекции нарушений как личностного, так и интеллектуального развития. Коммуникативная сфера может стать предметом как дифференциальной диагностики, так и углубленного, идеографического изучения ребенка, результаты которого будут востребованы в определении задач и методов психологической коррекции, психоконсультирования и психопрофилактики.

**Методика «Изучение общения дошкольников со взрослыми».**

**Авторы:** М. И. Лисина, Г. И. Капчеля, Е. О. Смирнова (Лисина М. И., Капчеля Г. И., 1987).

**Возраст обследуемых:** дошкольный.

**Цель:** выявление наиболее развитой формы общения и определение степени предпочтения ребенком каждой из трех форм общения.

**Процедура проведения.** В процессе обследования психолог создает три ситуации, каждая из которых является оптимальной для выявления одной из трех форм общения, свойственных дошкольникам: ситуативно-деловой, внеситуативно-познавательной и внеситуативно-личностной. Каждая ситуация позволяет установить, сложилась ли у ребенка определенная форма общения и насколько он ею владеет.

### Модели ситуаций

*Первая модель* соответствует ситуативно-деловой форме общения. Организуется игра с дидактическими игрушками с участием взрослого. Взрослый предварительно рассказывает ребенку, в чем состоит игра. Можно предложить ребенку сложить кубики по картинкам. Сложность задания определяется возрастом и уровнем интеллекта дошкольника. Затем ребенок начинает свою деятельность. Взрослый наблюдает за его действиями и оказывает ему помощь в случае необходимости: отвечает на вопросы, откликается на инициативы и предложения. В этой ситуации общение со взрослым протекает на фоне практических действий с игрушками.

*Вторая модель* соответствует внеситуативно-познавательной форме общения. Общение осуществляется на фоне чтения и обсуждения книг. Подбираются книги познавательного характера, содержание и оформление которых соответствует возрасту

и интеллектуальным возможностям детей (например, книга В. Чаплиной «Животные наших лесов»). Взрослый читает книгу, сопровождая чтение объяснениями того, что нарисовано на картинках, давая возможность ребенку сообщить о своих знаниях в соответствующей области, подробно отвечая на вопросы.

*Третья модель* соответствует внеситуативно-личностной форме общения. Проводится беседа с ребенком на личностно значимые темы. Психолог задает вопросы ребенку о его семье, друзьях, об отношениях в группе. При этом, чтобы заинтересовать ребенка, сам рассказывает о себе, друзьях, плохих и хороших поступках разных людей, оценивает свои достоинства и недостатки, поддерживает атмосферу равноправия и партнерства в беседе с ребенком.

В начале эксперимента психолог входит с ребенком в комнату, где на столе разложены игрушки и книги. Взрослый спрашивает ребенка, чем бы он хотел заняться: поиграть с игрушками, почитать книжку или поговорить. Психолог организует деятельность, которую предпочел ребенок (следуя одной из моделей общения). Затем ребенку предлагаются на выбор один из двух оставшихся видов активности. Если он затрудняется самостоятельно сделать выбор, взрослый предлагает последовательно: сначала поиграть, потом почитать, а затем поговорить.

Взрослый во всех ситуациях должен выражать доброжелательность, демонстрировать готовность прийти на помощь, радость общения. Он не выдвигает никаких требований по ходу исследования и никак не оценивает поведение ребенка. Каждая ситуация длится не более 15 минут. Для надежности результатов следует проводить обследование три раза. Данные фиксируются в протоколе по каждому из пяти показателей (табл. 42).

Таблица 42  
Образец протокола

Показатели поведения	Ситуативно-деловая	Внеситуативно-познавательная	Внеситуативно-личностная
Порядок выбора ситуации			
Основной объект внимания в первую минуту исследования			
Уровень комфорта ребенка			
Особенности речевых высказываний в каждой ситуации			
Длительность ситуации общения			
Сумма баллов			

Речевые высказывания:

- ситуативно-деловые;
- внеситуативно-познавательные;
- внеситуативно-личностные.

**Оценка и интерпретация результатов.** Баллы по показателям начисляются по представленной ниже схеме.

1. Порядок выбора ситуации:

- за ситуацию общения, выбранную в первую очередь, начисляется 3 балла;
- во вторую очередь – 2 балла;
- в третью – 1 балл.

2. Основной объект внимания в первую минуту исследования (в первую минуту пребывания в комнате):

игрушки – начисляется 1 балл за ситуативно-деловую форму общения;

книги – 1 балл за внеситуативно-познавательную форму общения;

взрослый – 1 балл за внеситуативно-личностную форму общения.

3. Уровень комфорта во время исследования (свобода поведения, интерес к опыту, эмоциональная вовлеченность в каждую из трех ситуаций):

- чувствует себя раскованно и свободно – 4 балла;
- при общении со взрослым чувствует себя несколько напряженно – 3 балла;
- при общении со взрослым ребенок чувствует себя скованно – 2 балла;
- дискомфортное состояние при общении со взрослым – 1 балл.

4. Особенности речевых высказываний в каждой ситуации. Этот показатель вычисляется путем количественной обработки особенностей речевых высказываний с учетом числа, тематики, уровня информации. Все высказывания фиксируются в протоколе. Используются следующие оценки речевых высказываний для каждой из форм общения (начисляется от 0 до 4 баллов).

Ситуативно-деловая форма общения:

- 0 балов – до 14 высказываний;
- 1 балл – 15 и более ситуативных высказываний;
- 2 балла – 15 и более высказываний, если от 1 до 9 % из них составляют внеситуативные высказывания или вопросы познавательного характера;

- 3 балла — от 15 до 59 высказываний, если больше 10 % из них составляют внеситуативные высказывания или вопросы познавательного характера;
- 4 балла — 60 и более высказываний, если больше 10 % из них составляют внеситуативные высказывания или вопросы познавательного характера.

Внеситуативно-познавательная форма общения:

- 0 баллов — 0–9 высказываний;
- 1 балл — 10 и более высказываний, если внеситуативные высказывания или познавательные вопросы составляют от 0 до 20 % из них;
- 2 балла — 10–25 высказываний, если от 20 до 30 % из них составляют внеситуативные высказывания или вопросы познавательного характера;
- 3 балла — 26 и более высказываний, если от 20 до 30 % из них составляют внеситуативные высказывания или вопросы познавательного характера;
- 4 балла — 20 и более высказываний, если более 30 % из них составляют внеситуативные высказывания и познавательные вопросы.

Внеситуативно-личностная форма общения.

- 0 баллов — 1–10 высказываний;
- 1 балл — 11 и более высказываний, из которых не менее 80 % являются внеситуативными, а оценочные высказывания и вопросы познавательного характера отсутствуют;
- 2 балла — 11 и более высказываний, если оценочные высказывания и вопросы познавательного характера составляют от 1 до 10 % всех внеситуативных высказываний;
- 3 балла — 11 и более высказываний, если оценочные высказывания и вопросы познавательного характера составляют от 10 до 20 % всех внеситуативных высказываний;
- 4 балла — 11 и более высказываний, если оценочные высказывания и вопросы познавательного характера составляют более 20 % всех внеситуативных высказываний.

5. Желательная длительность опыта (определяется по желанию ребенка, но не более 15 минут):

- 1 балл — от 0 до 5 минут;
- 2 балла — от 6 до 10 минут;
- 3 балла — от 11 до 15 минут;
- 4 балла — если ребенок по истечении 15 минут выражает желание продолжить свою деятельность.

Далее количество баллов, которое соответствует определенному уровню общения ребенка со взрослым в каждой ситуации, суммируется. Доминирующей формой общения ребенка считается та, которая оценивается наибольшей суммой баллов.

Интерпретация результатов основывается на положениях разработанной М. И. Лисиной (2009) концепции деятельностного подхода к общению. Автор исследовала онтогенез общения нормально развивающихся детей от рождения до семи лет. Было показано, что развитие общения со взрослым у детей происходит как смена его основных форм. Для детей раннего и младшего дошкольного возраста характерна ситуативно-деловая форма общения. Ребенок обращается к взрослому по поводу той деятельности, которой он занимается, тех затруднений, которые возникают у него в данный момент. В возрасте трех-четырех лет ребенок начинает выходить за пределы обстановки общения. Оно начинает приобретать внеситуативный характер. Для детей среднего дошкольного возраста характерна внеситуативно-познавательная форма общения. Ведущее место в общении занимает стремление ребенка узнать, понять. Ребенок задает взрослому вопросы о предметах и явлениях окружающего мира (о животных, машинах, природных явлениях и др.). Ему важно, чтобы взрослый откликался на значимые для него и волнующие вопросы, помогал найти на них ответ. Постепенно внимание ребенка начинают привлекать события, происходящие во взаимоотношениях людей. Предметом его общения становятся нравственно-этические проблемы. Обсуждая их со взрослым, ребенок ищет взаимопонимания в оценке происходящих социальных явлений. Общность взглядов, совместная оценка являются для него критерием их правильности. Эта форма общения характерна для детей старшего дошкольного возраста. При развитии форм общения новая форма не отменяет старых. Так, ребенок, который научился беседовать на личностные темы, не теряет способности к сотрудничеству или познавательному контакту. Высший уровень развития общения состоит в том, что ребенок овладевает всеми формами общения и в зависимости от ситуации использует то одну, то другую.

В исследовании Е. Е. Дмитриевой (1988, 2005) оценивался уровень общения у детей с ЗПР, умственной отсталостью и нормальным психическим развитием. У 79 % шестилетних детей с ЗПР преобладающими оказались ситуативно-деловые контакты со взрослыми. Для воспитанников массовых групп того же

возраста оказались типичными внеситуативные формы общения (ими владели 82 % детей). У большинства детей с ЗПР самой предпочтительной оказалась ситуация совместной игры с психологом. Все обращения детей определялись конкретной ситуацией, то есть той деятельностью, тем материалом, которым занимались. В ситуации познавательного общения они чувствовали себя менее комфортно. Без наглядного материала поддерживать беседу на познавательные темы затруднялись. Мало задавали взрослому вопросов. Немногочисленные вопросы, которые звучали, чаще были направлены не на раскрытие содержания какого-либо явления или отношений, а не выделение внешних особенностей. Так, чаще задавались вопросы типа: «Кто это?», «Что это?». В то время как у здоровых детей отмечались содержательные вопросы (например, «А куница — хищная?», «А чем крот под землей дышит?», «А где рыбы зимой спят?» и др.). Часть детей вовсе не проявляла интереса к картинкам и содержанию текста. Они отказывались от предложения экспериментатора почитать, рассказать о том, что видят.

У детей с ЗПР был установлен низкий уровень владения личностной формой общения. Беседы на нравственные темы показали у этих детей трудности оценки нравственных качеств, проявляющихся в общении. Характеристика плохих и хороших поступков сверстников больше относилась к факту соблюдения или нарушения правил («вытер рот салфеткой», «сказал спасибо», «не кричит»). Собственные поступки вовсе не оценивались. Иногда дети вообще не могли самостоятельно выделить нравственный аспект ситуации. Например, в беседе о смелых поступках ребенок с ЗПР дал такую оценку: «Смелый, который пятерки носит и любит манную кашу». В то же время у части детей с ЗПР в 6–8 лет были зафиксированы внеситуативные формы общения со взрослым: у 22 % доминировала внеситуативно-познавательная и у 2 % — внеситуативно-личностная формы общения. Лишь у 4 % умственно отсталых сверстников наблюдалась внеситуативно-познавательная форма, внеситуативно-личностная не была установлена вовсе.

Полученные результаты говорят о необходимости психокоррекционной работы, направленной на развитие внеситуативной формы общения детей с ЗПР со взрослыми. При этом необходимо отталкиваться от уже сформированных ситуативно-деловых контактов: использовать интересную совместную со взрослым игру, чтобы активизировать потребности в позна-

вательном, а затем и в личностном общении. Например, при складывании кубиков по сказкам полезно говорить о характере, плохих и хороших поступках героев. Взрослому необходимо постоянно проявлять интерес к личности ребенка: беседовать о его переживаниях, давать оценку его поступкам.

**Социометрическая методика «Выбор в действии»** (вариант социометрии для дошкольников и младших школьников — «У кого больше?», вариант для подростков и старшеклассников — «Поздравь товарища»).

**Автор:** Я. Л. Коломинский (Диагностика и коррекция..., 1997; Рean A. A., Коломинский Я. Л., 2008).

**Возраст обследуемых:** дошкольный (с 4 лет) и школьный.

**Цель:** оценка взаимоотношений детей в группе по социометрическим показателям — статусу ребенка в системе межличностных отношений, уровню благополучия, взаимности и удовлетворенности взаимоотношениями в группе, мотивации социометрических выборов.

**Процедура проведения.** Для детей дошкольного и младшего школьного возраста предварительно готовятся переводные картинки — по три на каждого ребенка в группе (классе). На обратной стороне картинки ставится номер, присвоенный каждому из детей. Помощник экспериментатора выводит детей, за исключением одного, в другое помещение, где занимает их игрой, чтением. Экспериментатор обращается к оставшемуся ребенку: «Вот тебе три картинки. Можешь положить их по одной любым трем детям вашей группы (класса). У кого окажется больше картинок — тот выигрывает. Никто не будет знать, кому ты положил картинку». Школьники могут положить картинки в дневники, лежащие на партах в школьном классе. Если ребенок самостоятельно не объясняет свой выбор, его необходимо спросить, почему он выбрал данного сверстника. После выполнения задания ребенок уходит в третье помещение. Таким образом, все дети, которые уже участвовали в эксперименте, не встречаются с теми, кто ожидает своей очереди. Так исключается возможность сговора и обеспечивается независимость эксперимента. После этого ребенку задают вопрос: «А как ты думаешь, кто тебе положил или еще положит картинки?» Эта часть эксперимента позволяет выявить, как ребенок осознает свои взаимоотношения со сверстниками.

Для детей среднего и старшего школьного возраста эксперимент несколько изменен. Психолог говорит ученику: «Скоро праздник. Вот тебе три поздравительные открытки, положи их по одной тем трем ученикам, которых тебе хочется поздравить с наступающим праздником. Каждому будет приятно получить побольше открыток...» Далее эксперимент «Поздравь товарища» протекает так же, как и вариант «У кого больше?».

Учитывая, что взаимоотношения детей — очень динамичное явление, желательно не ограничиваться одним экспериментом. Лучше всего, когда между опытами проходит 6–7 недель. Однако этот выбор может зависеть от целей исследования. Первый эксперимент в группе можно проводить лишь после того, как дети познакомятся и узнают друг друга по именам и фамилиям.

Результаты заносятся в специальную таблицу, в которой вертикально располагаются имена детей группы (сначала мальчиков, затем девочек) и присваиваются номера по порядку (табл. 43). Эти номера должны быть постоянными во всех экспериментах. По горизонтали наносятся порядковые номера детей. Следует отметить клетки на пересечении одинаковых номеров. В клетках проставляются цифры, показывающие, кого и в какую очередь выбрал ребенок. Таким образом заполняются все данные в таблице, после чего осуществляется подсчет выборов, полученных каждым ребенком (по вертикальным столбцам), и результат записывается в соответствующую графу матрицы.

Далее выявляются взаимные выборы. Если среди тех, кто выбрал ребенка, есть дети, выбранные им самим, то это означает взаимность выбора. Взаимные выборы отмечаются скобками, затем подсчитываются.

Таблица 43

**Примерная таблица результатов эксперимента «Выбор в действии»**

Имена детей	№ п/п	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Алеша К.	1	+	(1)	(3)					2	
Сергей П.	2	(3)	+		1	2				
Костя Т.	3	(1)	2	+					3	
Саша Ш.	4			1	+	2	3			
Лена П.	5	1		2		+			(3)	
Света Д.	6			2			+		(1)	3

Имена детей	№ п/п	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Катя К.	7					1		+	2	3
Оля Л.	8					(3)	(1)		+	(2)
Наташа Н.	9			3		1			(2)	+
Число полученных выборов		3	2	5	1	5	2	0	6	3
Число взаимных выборов		2	1	1	0	1	1	0	3	1

**Оценка и интерпретация результатов.** Результаты эксперимента можно представить графически в виде социограммы. Для этого следует начертить четыре концентрические окружности, разделить их пополам вертикальной линией. Справа располагают номера мальчиков, слева — девочек. Размещение детей будет соответствовать числу полученных ими выборов: в I окружности — дети, получившие 5 и более выборов; во II — 3–4 выбора; в III — 1–2 выбора; в IV — ни одного выбора. Соединив линиями выбора условные номерные знаки детей, можно выделить характер связей, особенности половых дифференциаций, взаимность и невзаимность (рис. 6).

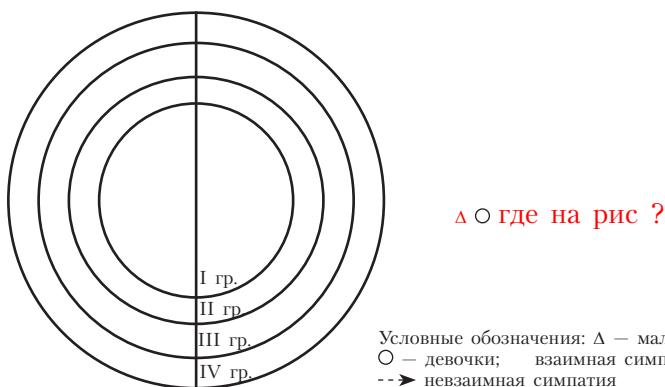


Рис. 6. Социограмма для интерпретации результатов по методике «Выбор в действии»

Далее определяются и интерпретируются показатели социометрического исследования: 1) социометрический статус ребенка в системе межличностных отношений; 2) уровень благополучия взаимоотношений (УБВ); 3) коэффициент взаимности

(КВ); 4) коэффициент удовлетворенности взаимоотношениями (КУ); 5) индекс изолированности (ИИ); 6) мотивация социометрических выборов.

Представим описание социометрических показателей.

1. Социометрический статус ребенка в системе межличностных отношений. Статус ребенка определяется путем подсчета полученных им выборов. Дети могут быть отнесены в зависимости от этого к одной из четырех статусных категорий: I – «звезды» (5 и более выборов); II – «предпочитаемые» (3–4 выбора); III – «принятые» (1–2 выбора); IV – «непринятые» (0 выборов). I и II статусные группы являются благоприятными, III и IV – неблагоприятными. Исходя из этого определяется, насколько ребенок желанен в системе межличностных отношений, испытывают ли дети к нему симпатию. В зависимости от этого можно говорить об эмоциональном климате группы для каждого ребенка: теплый, благоприятный или холодный, отчуждающий.

2. Уровень благополучия взаимоотношений. УБВ определяется соотношением суммарных показателей благоприятных и неблагоприятных статусных категорий. Если большинство детей группы оказывается в благоприятных (I и II) статусных категориях, УБВ определяется как высокий; при одинаковом соотношении – как средний; при преобладании в группе детей с неблагоприятным статусом – как низкий. Низкий УБВ может рассматриваться как сигнал тревоги, означающий неблагополучие большинства детей в системе межличностных отношений, их недовлетворенность в общении, признании сверстников.

3. Коэффициент взаимности. КВ вычисляется как отношение числа взаимных выборов к общему числу выборов и выражается в процентах. КВ следует интерпретировать осторожно, так как он может быть показателем действительной сплоченности, привязанности, дружбы детей, но может и свидетельствовать о фактической разобщенности группы на отдельные группировки. По величине показателя КВ можно отнести группу к одному из четырех уровней взаимности: I – КВ = 15–20 % (низкий); II – КВ = 21–30 % (средний); III – КВ = 31–40 % (высокий); IV – КВ = 40 % и выше (сверхвысокий).

4. Коэффициент удовлетворенности взаимоотношениями. КУ определяется процентным соотношением числа детей, имеющих взаимные выборы, к числу всех детей группы. На основании данного показателя можно судить, насколько дети

удовлетворены своими отношениями. Определять уровень удовлетворенности взаимоотношениями в конкретной группе можно на основе сравнения с нормативными показателями: I – КУ = 33 % и ниже; II – КУ = 34–49 %; III – КУ = 50–65 %; IV – КУ = 66 % и выше.

Также важно знать, насколько удовлетворен своими отношениями каждый отдельный ребенок. КУ в этом случае определяется как процентное отношение числа сверстников, с которыми у него взаимные выборы, к числу детей, которых он сам выбрал. Здесь можно отнести каждого ребенка в одну из четырех групп: I – высшая, в нее входят дети, КУ которых равен 75–100 %; II – 50–75 %; III – 25–50 %; IV – 0–25 %.

Такое распределение детей на группы имеет реальный психологический смысл. Становится ясно, что ребенок, которого выбрали все или почти все сверстники из числа тех, кого он сам выбрал, имеет почву для более благоприятного эмоционального самочувствия, жизнерадостности, чем тот, которого, может быть, и выбирают, но совсем не те, к кому он сам стремится.

5. Индекс изолированности. ИИ вычисляют как процент членов группы, оказавшихся без единого выбора. Группу можно считать благополучной, если в ней нет изолированных или их число не превышает 5–6 %; менее благополучной, если КИ равен 15–25 %. Величина этого индекса — прямой показатель успешности воспитательных усилий.

6. Мотивация социометрических выборов. Выясняется, какие мотивы лежат в основе предложений каждого ребенка, в какой степени дети осознают мотив своего избирательного отношения к сверстникам. В зависимости от содержания мотивы разделяют на IV типа. К I типу относится общая положительная оценка сверстника, эмоционально положительное отношение к нему («он хороший», «нравится»); ко II типу — выделение тех или иных положительных качеств: а) внешние, б) качества, обеспечивающие успешность деятельности, в) нравственные; к III типу — интерес к совместной деятельности («интересно втроем», «строим вместе гаражи и дом», «я с ним смешусь»): а) ребенок в центре совместной деятельности, б) партнер в центре совместной деятельности, в) «мы»; к IV типу — дружеские отношения («он мой друг», «она самая хорошая подруга»).

В исследованиях под руководством Л. В. Кузнецовой (2002) изучали взаимоотношения дошкольников с ЗПР. Социометрический эксперимент показал, что по сравнению с группой норм-

мально развивающихся сверстников воспитанники коррекционно-диагностической группы находятся в менее благоприятной социальной ситуации. У детей с ЗПР довольно низкий уровень благополучия взаимоотношений. Индекс изолированности оказался очень высоким — 30 %. 70 % дошкольников с ЗПР попали в группу «непринятых». В то время как «звезд» не было вообще. Исследование показало также низкий коэффициент взаимности. Сравнительный анализ мотивации социометрических выборов детей экспериментальной и контрольной групп показал интересные различия. Дети с ЗПР, объясняя свой выбор, чаще упоминали общие положительные качества сверстника: «хороший, дает игрушки, не дерется, добрый» либо не осознавали мотив, указывая на общее положительное отношение: «просто нравится». Нормально развивающиеся дошкольники делали выбор в основном по интересу к совместной деятельности — игре, некоторые — по дружеским отношениям.

### **Методика рисуночной фruстрации (PF-Study).**

**Автор:** С. Розенцвейг (модификация С. Е. Лукина, А. В. Суворова) (Лукин Е. С., Суворов А. В., **год?**).

**Возраст обследуемых:** дошкольный, младший школьный (существуют варианты для подросткового и юношеского возраста).

**Цель:** изучение стереотипов эмоционально-когнитивного реагирования на фрустрацию, оценка фрустриационной толерантности в конфликтном общении.

**Стимульный материал.** Стимульный материал представлен 24 рисунками (**Приложение №**). На каждом рисунке изображены два человека или более, ведущие разговор. Слева изображен персонаж (взрослый или ребенок), произносящий слова (слова записаны в титре над говорящим), которые фрустрируют ребенка, изображенного справа. Черты лица, мимика персонажей не предусматриваются рисунками, чтобы способствовать лучшей идентификации и не вносить подсказку, ожидаемое настроение, не влиять на характер ответа.

Ситуации можно разделить на две основные группы.

1. Ситуации «препятствия». В них какое-либо препятствие, персонаж или предмет обескураживает, сбивает с толку словом или еще каким-либо способом. К этой группе относятся 16 ситуаций: 1, 2, 3, 5, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24.

2. Ситуации «обвинения». Субъект при этом служит объектом обвинения. Сюда относят 8 рисунков: 4, 6, 7, 9, 12, 13, 19, 22.

Между этими типами существует связь, так как ситуация «обвинения» предполагает, что ей предшествовала ситуация «препятствия», где фрустратор был в свою очередь фruстрирован. Иногда испытуемый может интерпретировать ситуацию «обвинения» как ситуацию «препятствия» или наоборот.

**Процедура проведения.** Перед ребенком кладется стопка карточек, демонстрируются две-три. Дается инструкция: «Перед тобой лежат карточки. На каждой нарисованы два или несколько человек, детей или взрослых. Один из них что-то говорит другому (его слова записаны в нарисованном сверху квадрате). Другой отвечает. Но квадрат, нарисованный над ним, пустой. Постарайся догадаться, что же отвечает этот мальчик или девочка». Каждый раз, демонстрируя новую ситуацию, психолог может задавать вопрос: «Как ты думаешь, что скажет этот мальчик (этот девочка)?»

**Оценка результатов.** Реакции на фрустрацию оцениваются по двум параметрам: направлению и типу.

По направлению выделяются следующие реакции.

*Экстрапунитивные (E).* Реакция направлена на окружение (предмет или другого человека), подчеркивается степень фрустрации ситуацией, внешняя причина фрустрации. Могут звучать требования разрешить ситуацию от другого лица. Эмоции, сопровождающие эту реакцию, — раздражение, гнев.

*Интропунитивные (I).* Реакция направлена на самого себя. Субъект принимает вину или ответственность за разрешение ситуации на себя. Ситуация не осуждается, испытуемый принимает ее как благоприятную для себя.

*Импунитивные (M).* Фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто незначительное или неизбежное. Указывается на отсутствие чьей-либо вины или подчеркивается, что ситуация может быть исправлена — стоит только подождать и подумать.

С точки зрения типа реакции делятся на:

— *реакции с фиксацией на препятствии (OD).* Препятствие, вызывающее фрустрацию, всячески акцентируется. Оно может расцениваться как благоприятное, неблагоприятное или незначительное;

— *реакции с фиксацией на самозащите (ED).* Реакция испытуемого направлена на защиту своего «Я». Это может быть отрижение или признание своей вины, порицание кого-то, уклонение от упрека. Либо в реакции подчеркивается, что ответственность никому не может быть предписана, что также отражает защиту «Я»;

— *реакции с фиксацией на удовлетворении потребности (NP).* Реакция выражает потребность найти конструктивное решение

в конфликтной ситуации. Это может звучать в форме требования помощи от других лиц либо выражается в принятии на себя обязанности разрешить ситуацию, либо в уверенности в том, что время и естественный ход событий приведут к разрешению.

Из сочетаний этих шести категорий получают девять возможных вариантов ответа. Вначале психолог определяет направление реакции, содержащееся в ответе ребенка (*E, I* или *M*), а затем выявляет тип реакции (*OD, ED* или *NP*). Рассмотрим смысловое содержание каждого варианта ответа с иллюстрацией возможной реакции ребенка старшего дошкольного возраста на ситуацию № 5 (Мужчина выражает сожаление, что не может купить куклу девочке, так как у него не хватает денег.) (табл. 44).

Таблица 44

#### Описание смыслового содержания факторов, используемых при оценке ответа

Реакции	<i>OD</i>	<i>ED</i>	<i>NP</i>
<i>E</i>	<i>E'</i> – в ответе подчеркивается неприятность ситуации. Например: «У Маши такая есть, а у меня нет». «Почему я тебя мало денег?»	<i>E</i> – это реакция враждебности и порицания, которая направлена против кого-либо или чего-либо в окружении. Например: «Ты – плохой». «Я не люблю тебя, когда ты мне не покупаешь»	<i>e</i> – реакция выражает требование, ожидание или только подразумевается, что кто-то должен разрешить эту ситуацию. Например: «А ты иди заработай побольше и купи». «Все равно дай мне ее»
<i>I</i>	<i>I'</i> – фрустрирующая ситуация интерпретируется как благоприятно-выгодная, как приносящая удовлетворение. Например: «А я сама ее уже не хочу». «Да она для маленьких, а я уже большая»	<i>I</i> – реакция содержит осуждение самого себя, доминирует чувство вины, собственной неполноценности. Либо субъект признает свою вину, но отрицает ответственность, призыва на помошь смягчающие обстоятельства. Например: «Прости. Я не знала». «Не ругайся, я больше не буду»	<i>i</i> – в ответе звучит готовность самостоятельно разрешить фрустрирующую ситуацию. В ситуациях «обвинения» субъект открыто признает или намекает на свою виновность. Например: «Вырасту, у меня будет много денег, и я куплю». «Тогда я у мамы попрошу»
<i>M</i>	<i>M'</i> – трудности фрустрирующей ситуации не замечаются или сводятся к ее полному отрицанию. «Нет так нет». «Ничего страшного, у меня дома есть куклы»	<i>M</i> – ответственность лица, попавшего во фрустрирующую ситуацию, сведена до минимума, осуждение избегается. Например: «Если нет денег, можешь не покупать». «Ничего, ты же не виноват, что у тебя мало денег»	<i>m</i> – выражается надежда, что время, нормальный ход событий разрешат проблему, просто надо немногого подождать, или же взаимопонимание и взаимоуступчивость устроят фрустрирующую ситуацию. Например: «Купим, когда будут деньги»

Сочетанию тех или иных двух вариантов присваивается собственное буквенное значение. В случае если в ответе с экстрапунитивной, интропунитивной или импунитивной реакцией доминирует идея препятствия, добавляется значок «'» ( $E'$ ,  $I'$ ,  $M'$ ). Тип реакции «с фиксацией на самозащите» обозначается прописными буквами без значка ( $E$ ,  $I$ ,  $M$ ). Тип реакции «с фиксацией на удовлетворении потребности» обозначается строчными буквами ( $e$ ,  $i$ ,  $m$ ). Так, реакция ребенка в ситуации № 5 «Тогда я у мамы попрошу» по направлению является интропунитивной ( $I$ ), а по типу реакции — «с фиксацией на удовлетворении потребности» ( $NP$ ). Такая реакция обозначается значком « $i$ ».

Нередко ответы бывают в форме двух фраз или предложений, каждое из которых может иметь несколько отличную функцию. В этом случае их можно обозначить двумя соответствующими символами. Например, в ситуации № 5 ребенок говорит: «Ты никогда не покупаешь мне игрушки, я попрошу у бабушки». Такую реакцию можно обозначить как  $E/e$ .

Далее вычисляется КГА — коэффициент групповой адаптации. Он признается показателем индивидуальной адаптации субъекта к своему социальному окружению. КГА определяется путем сравнения ответов испытуемого со стандартными величинами, полученными путем статистического подсчета. Описаны стандартные коэффициенты групповой адаптации для детей в возрасте от 6 до 13 лет. Для каждой возрастной группы определено свое количество ситуаций, которые используются для сравнения (табл. 45).

Таблица 45

**Стандартные ответы детей для подсчета коэффициента групповой адаптации**

Номер ситуации	Возрастные группы (лет)			
	6–7	8–9	10–11	12–13
1				
2	$E$	$E/m$	$m$	$m$
3		$E$		$E; M$
4				
5				
6				
7	$I$	$I$	$I$	$I$

Окончание табл. 45

Номер ситуации	Возрастные группы (лет)			
	6–7	8–9	10–11	12–13
8		I	I/i	I/i
9				
10	M'/E			M
11				I/m
12	E	E	E	E
13	E	E		I
14	M'	M'	M'	M'
15	I		E; M'	M'
16		E	M'/E	M'
17		m	m	e; m
18				
19	E	E; I	E; I	
20			i	i
21				
22	I	I	I	I
23				
24	m	m	m	m
<b>Всего ситуаций, используемых для сравнения</b>	10	12	12	15

Если ответ ребенка идентичен стандартному, ставится знак «+». Когда в качестве стандартного ответа даются два типа ответов на ситуацию, то достаточно, чтобы хотя бы один из ответов испытуемого совпадал со стандартным. В этом случае ответ также отмечается знаком «+». Если ответ имеет двойную оценку и одна из них соответствует стандартному, он оценивается в 0,5 балла. Если же ответ не соответствует стандартному, его обозначают знаком «–». Оценки суммируются: каждый плюс — 1 балл, а минус — 0 баллов.

Затем вычисляется процентная величина КГА. При этом за 100 % принимается то количество ситуаций, которое используется для сравнения в данной возрастной группе. Например, для детей 8–11 лет для сравнения берется 12 ситуаций, следовательно, подсчет КГА будет следующим (табл. 46).

Таблица 46

**Пересчет в проценты коэффициента групповой адаптации  
для детей 8–11 лет**

КГА	Процент	КГА	Процент	КГА	Процент
12,0	100,0	8,0	66,6	4,0	33,3
11,5	95,7	7,5	62,4	3,5	29,1
11,0	91,6	7,0	58,3	3,0	24,9
10,5	87,4	6,5	54,1	2,5	20,8
10,0	83,3	6,0	50,0	2,0	16,6
9,5	79,1	5,5	45,8	1,5	12,4
9,0	75,0	5,0	41,6	1,0	8,3
8,5	70,8	4,5	37,4		

Следующий этап — заполнение таблицы профилей (табл. 47).

Таблица 47

**Таблица профилей**

Реакции	OD	ED	NP	Сумма	Процент
E	E	E	e		
I	I	I	i		
M	M	M	m		
Сумма					
Процент					100

Подсчитывается, сколько раз встречается каждый из 9 вариантов ответов, каждому появлению присваивается 1 балл. Если же ответ испытуемого оценен при помощи нескольких счетных факторов, то каждому варианту ответа придается равное значение. Так, если ответ был оценен как «E/e», то значение «E» будет равняться 0,5 и «e», соответственно, тоже 0,5 балла. Полученные числа заносятся в таблицу. Когда таблица заполнена, цифры суммируются в колонках и строчках, а затем вычисляется процентное содержание каждой полученной суммы. При этом можно воспользоваться табл. 48.

Полученное таким образом процентное отношение E, I, M, OD, ED, NP представляет выраженные в количественной форме особенности фruстрационных реакций испытуемого.

**Пересчет количества баллов по направлениям и типам реакций  
в проценты**

Сумма баллов	Процент						
0,5	2,1	6,5	27,0	12,5	52,1	18,5	77,1
1,0	4,2	7,0	29,1	13,0	54,1	19,0	79,1
1,5	6,2	7,5	31,2	13,5	56,2	19,5	81,2
2,0	8,3	8,0	33,3	14,0	58,3	20,0	83,3
2,5	10,4	8,5	35,4	14,5	60,4	20,5	84,4
3,0	12,5	9,0	37,5	15,0	62,5	21,0	87,5
3,5	14,5	9,5	39,6	15,5	64,5	21,5	86,9
4,0	16,6	10,0	41,6	16,0	66,6	22,0	91,6
4,5	18,7	10,5	43,7	16,5	68,7	22,5	93,7
5,0	20,8	11,0	45,8	17,0	70,8	23,0	95,8
5,5	22,9	11,5	47,9	17,5	72,9	23,5	97,9
6,0	25,0	12,0	50,0	18,0	75,0	24,0	100,0

На основании профиля числовых данных составляются три основных и два дополнительных образца.

1. Первый образец выражает относительную частоту разных направлений ответа независимо от его типа. Экстрапунитивные, интропунитивные и импунитивные ответы располагаются в порядке убывающей частоты. Например, частоты  $E - 14$ ,  $I - 6$ ,  $M - 4$ , записываются  $E > I > M$ .

2. Второй образец выражает относительную частоту типов ответов независимо от их направления. Записываются знаковые символы так же, как и в предыдущем случае. Например, получили  $OD - 10$ ,  $ED - 6$ ,  $NP - 8$ . Следует записать:  $OD > NP > ED$ .

3. Третий образец выражает относительную частоту трех наиболее часто встречающихся вариантов ответов независимо от типа и направления. Например,  $E > E' > M$ .

4. Четвертый образец включает сравнение ответов в ситуациях «препятствия» и ситуациях «обвинения».

5. Пятый образец отражает сравнение реакций в ситуациях общения со взрослыми и сверстниками.

**Интерпретация результатов.** Интерпретация данных основана на положении, что ребенок сознательно или подсознательно идентифицирует себя с фрустрированным персонажем каждой рисуночной ситуации.

На первом этапе интерпретации анализируется уровень социальной адаптации испытуемого — КГА. Ребенок, имеющий низкий процент КГА, часто находится в конфликтных отношениях с окружающими, недостаточно адаптирован к социальному окружению.

На втором этапе изучаются полученные оценки шести категорий ответов в таблице профилей. Выявляются устойчивые характеристики фruстрационных реакций испытуемого, стереотипы эмоционального реагирования, которые формируются в процессе психического развития и составляют одну из характеристик его индивидуальности. Так, например, если испытуемый показывает оценку *M* — нормальную, *E* — очень высокую и, значит, *I* — очень низкую, то можно сказать, что во фрустрационной ситуации он скорее будет отвечать в экстрапунитивной манере и очень редко в интропунитивной.

Оценки, касающиеся типов реакций, имеют разный смысл. Оценка *OD* (тип реакции «с фиксацией на препятствии») показывает, в какой степени препятствие фрустрирует человека, фиксируется ли субъект на неприятной ситуации. Оценка *ED* (тип реакции «с фиксацией на самозащите») означает силу или слабость «Я» личности. Повышение *ED* означает слабую, уязвимую личность. Реакции субъекта сосредоточены на защите своего «Я». Оценка *NP* — признак нацеленности на разрешение ситуации. Однако если высокий показатель по этому типу достигается за счет реакций *e*, то это говорит о повышенном эгоцентризме и капризности ребенка.

В любом случае, какие-либо выводы по результатам этой методики следует делать на основе средних данных, полученных на выборке нормально развивающихся детей данного возраста. Так, показатель *E*, равный 60 %, будет считаться завышенным для детей старше 12 лет, в то время как для шестилетних он может быть признан нормальным (в дошкольном возрасте количество реакций экстрапунитивной направленности значительно превышает число интропунитивных и импунитивных).

В исследованиях Г. Симонса (1966), В. И. Лубовского (1990), Ю. М. Миланич (1998) были получены средние (в %) по направленности и типу реакций на различных возрастных выборках (табл. 49–51).

Таблица 49

**Средние (в %) по направленности и типу реакций для детей 5–7 лет (по данным Ю. М. Миланич, 1998)**

<i>E</i>	<i>I</i>	<i>M</i>	<i>OD</i>	<i>ED</i>	<i>NP</i>
61,7	22,3	16,6	28,1	55,9	16,6

Таблица 50

**Средние (в %) по направленности и типу реакций для детей от 6 до 10 лет (по данным Г. Симонса, 1966)**

Возраст (лет)	<i>E</i>	<i>I</i>	<i>M</i>	<i>OD</i>	<i>ED</i>	<i>NP</i>
6–7	58,3	20,8	20,8	25,0	50,0	25,0
8–9	58,3	20,8	20,8	20,8	54,1	25,0
10	54,1	25,0	20,8	20,8	50,0	29,1

Таблица 51

**Средние (в %) по направленности и типу реакций и коэффициента групповой адаптации для детей 11–12 лет (по данным В. И. Лубовского, 1990)**

<i>E</i>	<i>I</i>	<i>M</i>	<i>OD</i>	<i>ED</i>	<i>NP</i>	Коэффициент групповой адаптации
35,3	30,5	33,8	36,2	29,2	34,4	55,6

Различия в реакциях на фрустрацию между детьми с ЗПР и нормальным развитием обнаруживаются уже в дошкольном возрасте. Ответы воспитанников коррекционных групп отличаются меньшим разнообразием, что связано с недоразвитием речи, с одной стороны, и низким уровнем коммуникативных навыков, симптомами эмоционального неблагополучия — с другой. Так, у детей с ЗПР 6–7 лет ответы экстрапунитивной направленности встречаются в среднем в 75 % случаев, в то время как воспитанники массовых групп дают такие ответы на 61,7 % ситуаций.

**Обучающий эксперимент**

В психодиагностической работе с детьми с ЗПР важно оценить не только уровень актуального развития, но и потенциальные возможности, величину зоны ближайшего развития. Прогностическое и дифференциально-диагностическое значение имеют различного рода обучающие эксперименты.

Индивидуальный обучающий эксперимент стал применяться в качестве метода исследования психического развития с конца 30-х годов (Менчинская Н. А., 1937; Леонтьев А. Н., Лuria A. R., Смирнов А. А., 1968). Он основывался на идее Л. С. Выготского об использовании в диагностических целях критерия обучаемости как показателя восприимчивости к помощи и способности к переносу усвоенного способа действия в аналогичную ситуацию.

В общем виде схема обучающего эксперимента может быть представлена следующим образом:

- основное задание — достаточно трудное, недоступное для самостоятельного решения. Схема может содержать не одно основное задание, а несколько однотипных задач, имеющих разную степень сложности;
- система последовательно предлагаемых подсказок (уроков), благодаря которым ребенок приходит к правильно му решению (собственно обучающий этап);
- аналогичное задание, позволяющее определить способность ребенка к переносу усвоенного способа действия.

Помощь начинают от самой незначительной и постепенно увеличивают ее до тех пор, пока задача не будет решена верно. Фиксируется этап, когда решение становится возможным. Количество необходимой помощи и будет основным критерием обучаемости.

Исследователи предлагают различные виды помощи — стимулирующую и собственно обучающую.

Стимулирующая помощь предполагает активизацию собственных возможностей ребенка для решения задачи, она заключается в:

- привлечении внимания к задаче, высказывании предложений;
- дублировании инструкции;
- просьбе подумать, постараться;
- указании на допущенную ошибку с предоставлением возможности второй попытки;

Собственно обучающая помощь носит более массивный характер. К ней можно отнести:

- использование наводящих вопросов;
- разъяснение принципа действия;
- предложение продолжить действие, начатое психологом;
- привлечение внимания к наглядным условиям задачи (например, сходство фигур по цвету при классификации);

- разбивку задания на этапы, выделение в сложных заданиях ряда простых, контроль каждого этапа со стороны диагностика;
- ссылку на аналогичные задания, выполненные ранее;
- указание на действия, которые должны привести к правильному решению (например, указание на линии разреза на образце при составлении целого из частей);
- предложение сначала решить упрощенное задание (например, сужается или расширяется круг предметов, подлежащих обобщению);
- показ правильного решения, прямую подсказку;
- совместные с ребенком действия по выполнению задания.

Т. В. Егорова (1973) разработала вариант методики «Исключение четвертого лишнего», с помощью которого можно изучить уровень развития мыслительной операции обобщения и использовать его как обучающий эксперимент. Материал методики состоит из заданий, в которых изображенные предметы (за исключением одного, «четвертого лишнего») могут быть обобщены по цвету, форме, материалу, из которого они изготавливаются. Если ребенок отвечает неправильно, начинается обучающий эксперимент. Он включает следующие этапы:

- «отрицательное подкрепление»: ребенку указывают на неправильность решения и предлагают найти другое;
- добавление объектов, подлежащих обобщению. Например, ребенок неправильно разрешил исходную ситуацию: три предмета из металла, четвертый лишний — из резины. Тогда добавляются еще два металлических предмета. Это облегчает обобщение и исключение предмета уже как шестого лишнего;
- превращение исключаемого объекта в один из обобщающих. К нему добавляются однородные с ним по определенному признаку. Например, на первой картинке два металлических предмета закрываются изображением двух резиновых. Оставшийся металлический предмет оказывается лишним;
- обучение определенным интеллектуальным действиям на аналогичном материале, но в ходе более простой по содержанию деятельности;
- повторное выполнение основного задания;
- прямую подсказку.

В варианте методики «Исключение лишнего», разработанном Н. В. Бабкиной (2015), оказывается помочь в подборе обобщающего слова в виде: а) предложения выбрать слово среди нескольких (например, искомое слово «посуда», наводящий вопрос: «Это мебель, посуда или одежда?»); б) активизации пассивного словаря с помощью ассоциаций («А что мама моет после ужина?»).

По принципу обучающего эксперимента построена методика изучения словесно-логического мышления старших дошкольников с нормальным и нарушенным развитием Т. А. Стрекаловой (1982). Для формирования умения самостоятельно формулировать суждения с понятиями «все» и «некоторые» экспериментатор дает обучающую помощь: уточняются и противопоставляются значения слов «все» и «некоторые». Для этого предлагаются картинки с изображением отдельных предметов, которые различаются по цвету, материалу, функциональному назначению. Большую часть предметов должна составлять посуда. Ребенку последовательно задают шесть вопросов. Можно ли сказать, что: 1) вся посуда синего цвета; 2) вся посуда стеклянная; 3) вся посуда — чашки; 4) все предметы синего цвета — посуда; 5) все стеклянные предметы — посуда; 6) все чашки — посуда?

Если ребенок отвечает отрицательно на тот или иной вопрос, то его просят объяснить, почему нельзя так сказать, и сказать правильно. Если он отвечает на вопрос неправильно (вся ли посуда синего цвета?) или не знает, как объяснить, ему дают два дополнительных задания, которые помогают понять, в каких случаях следует говорить «вся посуда» и в каких — «некоторая посуда». Перед ребенком раскладывают картинки с изображением только синей посуды и добиваются понимания того, что в этом случае можно сказать: «Вся эта посуда синего цвета». Затем просят вспомнить, знает ли он посуду другого цвета, и если он затрудняется с ответом, добавляют другие картинки — новые, с изображением посуды зеленого, красного и желтого цветов. В этом наборе ребенок должен сформулировать суждение: «Некоторая посуда синего цвета». Если ребенок по-прежнему ошибается, психолог объясняет, как сказать правильно и почему, а затем переходит к следующему вопросу. При затруднениях детей в ответах на последующие вопросы повторяется аналогичное обучение с наглядной демонстрацией групп предметов: 1-й вариант — все предметы обладали опре-

деленным признаком, 2-й вариант — только некоторые обладают этим признаком. По шестому вопросу такая работа не проводится. Лишь объясняется, что чашки — это всегда посуда, что все чашки — посуда. Далее предлагается формулировать суждения с понятиями «все» и «некоторые» о новых, ранее не использовавшихся предметах.

Т. В. Розанова (1991) показала диагностическую ценность разных видов помощи при изучении особенностей пространственного конструирования, наглядно-действенного и наглядно-образного мышления в методиках по типу составления целого из частей. К ним относятся:

- указание на ошибочность решения с предоставлением возможности повторной попытки (стимулирующая помощь);
- предъявление изображения целого объекта — картинки, которая должна быть собрана;
- предъявление изображения, на которое нанесены линии разреза на части (расчлененный образец);
- сборка картинки путем наложения ее частей на расчлененный образец.

Наиболее широкое распространение в диагностике нарушенного развития получил разработанный А. Я. Ивановой «Обучающий эксперимент». Методика показала свою эффективность в дифференциации детей с нормальным психическим развитием, ЗПР и умственной отсталостью.

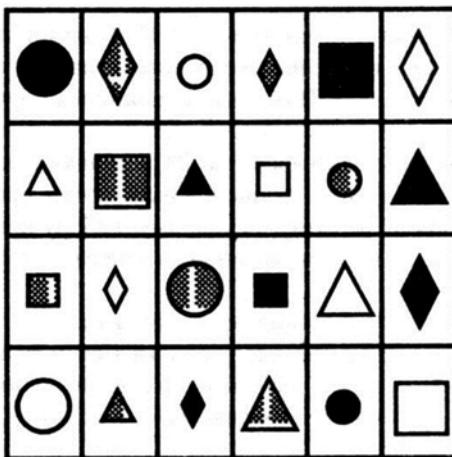
### **Методика «Обучающий эксперимент».**

**Автор:** А. Я. Иванова (Рубинштейн С. Я., 2007).

**Возраст обследуемых:** младший школьный.

**Цель:** выявление сформированности операции обобщения на наглядно-действенном и словесном уровнях; диагностика обучаемости.

**Стимульный материал.** Два набора по 24 карточки в каждом с изображением геометрических фигур. Первый набор используется при предъявлении основного задания. Он включает фигуры, отличающиеся тремя признаками: цветом (красный, желтый, синий), формой (круг, ромб, треугольник, квадрат) и величиной (большая, маленькая); имеет сводную таблицу с изображением всех фигур данного набора (рис. 7). Второй набор включает четыре цвета и три формы. Он используется при предъявлении аналогичного задания. Секундомер. Протокол для фиксации результатов (табл. 52).



■ Красный   ■ Желтый   ■ Синий

Рис. 7. Классификация фигур (таблица для первого набора). Методика «Обучающий эксперимент»

*Таблица 52*  
**Форма протокола**

Последовательность проведения занятия	Действия ребенка	Примечания
Ориентировочный этап		
Основное задание Задача 1 Уроки 1 2 3		
Словесная формулировка Задача 2 Уроки 1 2 3		
Словесная формулировка Задача 3 Уроки 1 2 3		
Словесная формулировка Аналогичное задание		

**Процедура проведения.** На ориентировочном этапе ребенку мельком показывают карточки и говорят: «Их надо разложить на три группы — подходящие с подходящими. Сначала посмотрите на этот лист — здесь они все нарисованы — и подумай, как будешь делать». В течение 30 секунд показывается сводная таблица с изображением фигур первого набора. В это время в протоколе фиксируются высказывания и поведение ребенка.

Дают **основное задание**.

**Задача 1.** Убирают таблицу и дают в руки карточки. Можно еще раз повторить инструкцию: «Разложи их на три группы». После этого в течение 30 секунд в протоколе фиксируются действия ребенка. Многие дети начинают раскладку не по признаку цвета, а по признаку формы, то есть распределяют карточки на четыре группы. В этом случае ребенка не поправляют, а задача раскладки «на три группы» становится второй. Если экспериментатор должен приступить к обучению, то он начинает всегда с выделения признака цвета, что является более легким.

Если ребенок не приступает к выполнению задания либо, наоборот, действует поспешно и хаотично, можно оказать организующую помощь: «Выложи несколько карточек на стол». «Не спеши, выкладывай аккуратнее, по одной».

Если правильная раскладка не начата за 30 секунд, то психолог дает урок 1. Каждый следующий урокдается, если ребенок за 30 секунд не начнет самостоятельно правильно действовать.

Урок 1 — указание на один отличительный признак. Психолог отбирает две из лежащих на столе карточек по одному признаку (например, большой красный треугольник и большой синий треугольник) и спрашивает: «Чем отличаются эти карточки, чем они не похожи?» Если ребенок не отвечает, то следует сказать: «Они отличаются по цвету». В протоколе фиксируются высказывания и действия ребенка. Если правильная раскладка не начата в течение 30 секунд, то дается урок 2.

Урок 2 — указание на сходство двух фигур по цвету. Из других лежащих на столе карточек берется третья, сходная с одной из двух первых по цвету (например, большой красный ромб). Спрашивают: «Куда мы положим эту карточку — сюда или сюда?» Если ребенок не может уловить мысль, то нужно продолжить: «Мы положим ее сюда, к красному, потому что она тоже красная». В протоколе фиксируются высказывания и действия ребенка в течение 30 секунд.

Урок 3 — прямой, наглядный показ действий. Психолог добавляет карточку желтого цвета и говорит: «Сюда будем клать все красные, сюда — синие, а сюда — желтые». В протоколе фиксируются высказывания и действия ребенка в течение 30 секунд.

Уроки 4, 5, 6 и другие — это укладка каждой последующей карточки самим психологом. По окончании раскладки нужно побудить ребенка к словесной формулировке. Если ребенок не может сказать сам, то психолог говорит: «Значит, мы разложили карточки на красные, синие и желтые». Фиксируется время всей раскладки в этой задаче.

**Задача 2.** Карточки перемешивают и вновь предъявляют вместе с инструкцией: «А теперь разложи их по-другому: тоже подходящие с подходящими, но уже на четыре группы». В течение 30 секунд контролируют действия ребенка и оказываемую психологом организующую помощь («Выложи несколько карточек на стол». «Не спеши, выкладывай аккуратнее, по одной»). Если в это время ребенок делает попытки использовать предыдущий признак (в нашем примере — цвет), то это характеризуется как проявление инертности мышления.

Урок 1. Отбирают две карточки, которые отличаются по другому признаку — форме (например, большой красный круг и большой красный квадрат). Задают вопрос: «Чем они отличаются?» Если ребенок не отвечает правильно, то говорят: «Это — кружок, а это — квадрат (кубик)». Далее в течение 30 секунд фиксируют в протоколе высказывания и действия ребенка.

Урок 2. Отбирают третью карточку, сходную с одной из первых двух по форме (например, большой желтый квадрат), и предъявляют ребенку со словами: «Куда надо положить эту карточку — сюда или сюда?» Если ребенок не отвечает правильно, то говорят: «Положим ее к этому квадрату, потому что это тоже квадрат». В течение 30 секунд фиксируют в протоколе высказывания и действия ребенка.

Урок 3. Добавляют еще две карточки других форм и говорят: «Будем собирать по форме — все круги вместе, все квадраты, треугольники, ромбы». В течение 30 секунд протоколируют высказывания и действия ребенка.

Уроки 4, 5, 6 и другие — это укладка каждой последующей карточки (с соответствующими словесными пояснениями), производимая при необходимости самим психологом. Фиксируется номер урока, дальнейшие действия ребенка и время всей раскладки в этой задаче.

Также ребенка побуждают к словесной формулировке. Если он не может этого сделать, психолог отмечает сам: «Мы разложили карточки на четыре группы по форме — круги, квадраты, ромбы и треугольники». В протоколе фиксируют высказывания ребенка.

**Задача 3.** Карточки перемешивают и вновь предъявляют вместе с инструкцией: «Снова разложи их, что к чему подходит, но иначе — на две группы». В течение 30 секунд фиксируют в протоколе действия ребенка и оказываемую психологом организующую помощь. Если ребенок начинает использовать предыдущие признаки, то это характеризуется как проявление инертности мышления.

Урок 1. Отбирают две карточки, отличающиеся одним признаком — величиной (например, большой красный круг и маленький красный круг). Задают вопрос: «Чем они отличаются?» После паузы: «Они отличаются размером — один большой, а другой — маленький». В течение 30 секунд фиксируют в протоколе действия ребенка.

Урок 2. Выбирают третью карточку, сходную с одной из первых двух по этому же признаку — величине (например, маленький желтый квадрат), и предъявляют ребенку со словами: «Куда эту карточку положим?» После паузы: «Положим ее к маленькому кружочку, потому что она тоже маленькая». В течение 30 секунд фиксируют в протоколе действия ребенка.

Урок 3. Выбирают четвертую карточку, сходную с другой по величине, и кладут ее на место со словами: «Все большие будем класть вместе и все маленькие тоже вместе». В течение 30 секунд фиксируют в протоколе действия ребенка.

Уроки 4, 5, 6 и другие — это укладка каждой последующей карточки, которая при необходимости выполняется самим психологом (с соответствующими словесными пояснениями). Фиксируют номер урока, дальнейшие действия ребенка и время всей раскладки в этой задаче.

Также ребенка побуждают к словесной формулировке. Если он не может этого сделать, психолог отмечает сам: «Мы разложили карточки на две группы — тут все большие, а тут — все маленькие». В протоколе фиксируют высказывания ребенка. Все карточки убирают.

**Аналогичное задание.** Ребенку предъявляют второй набор и при этом говорят: «Ты уже научился складывать карточки. Это такие же, их тоже можно раскладывать на группы по раз-

ным признакам. Сделай это или расскажи, как будешь делать». При этом не следует ни называть признаки, ни называть количество групп. Участие психолога уместно лишь в случае, если ребенок, указав один признак или разложив карточки, не действует дальше, остается пассивным. Можно задать стимулирующий вопрос: «А еще как можно сделать?»

В протоколе фиксируется общее время выполнения этого задания и конечный результат самостоятельных действий ребенка в одном из следующих вариантов.

1. Перенос полный в словесной форме (ребенок свободно называет все три признака).
2. Перенос частичный в словесной форме (при выделении и назывании не менее двух признаков).
3. Перенос полный в действиях (ребенок совершает три правильные группировки).
4. Перенос частичный в действиях (две правильные группировки).
5. Перенос отсутствует (при выделении одного или ни одного из признаков классификации фигур второго набора).

**Оценка и интерпретация результатов.** Оценку и интерпретацию результатов обучающего эксперимента следует проводить по трем параметрам. Этот подход поможет отличить детей с ЗПР от умственно отсталых, с одной стороны, и от сверстников с НПР — с другой.

**Первый параметр** — использование ориентировочного этапа. Отмечается, планирует ли ребенок предстоящую работу за те 30 секунд, которые даны на рассматривание сводной таблицы, или отвлекается. Дети с НПР активны, внимательно рассматривают таблицу. Часто делают различные предположения о том, как надо выполнять работу («Я синие с синими положу». «А можно все кружки вместе собрать?» и т. п.). При ЗПР дети способны к активной ориентировке, но, назвав признаки, могут их потом не использовать из-за истощения внимания. Ребенок с умственной отсталостью чаще всего на этом этапе проявляет пассивность: не смотрит на таблицу, не планирует. Можно наблюдать полевое поведение: задает множество вопросов, настойчиво требует карточки, хватает различные предметы со стола, беспцельно перебирает карточки.

**Второй параметр** — восприимчивость к помощи. Здесь учитывается количество уроков-подсказок, которое требуется для выполнения всех задач. Следует знать, что задание экспери-

мента является довольно сложным и для детей с НПР. Лишь некоторые здоровые дети 7 лет могут выполнить работу без единой подсказки. Для детей с НПР количество уроков колеблется от 1 до 4. При этом количество необходимых уроков увеличивается от первой задаче к третьей (например, 1-я задача – без урока, 2-я задача – 1 урок, 3-я задача – 2 урока). Таким образом, выделение цвета является более легкой задачей, чем выделение формы и тем более величины. Детям с ЗПР в среднем необходимо от 5 до 7 уроков. При этом количество уроков от первой задачи к последней повышается более резко, чем у детей с НПР (например, 1-я задача – без урока, 2-я задача – 1 урок, 3-я задача – 5 уроков). Детям младшего школьного возраста с умственной отсталостью необходимо 8 и более уроков. И здесь при выполнении второй и тем более третьей задачи требуется большее количество уроков.

**Третий параметр** – перенос навыка. Отмечается: 1) способен ли ребенок дать завершающие словесные формулировки того признака, на основании которого он сортировал карточки, и 2) есть ли самостоятельное полное решение аналогичного задания. Дети с НПР способны сформулировать на словах признак, которым руководствовались при решении задачи. Допустимы замены некоторых названий форм (например, ромб – «конфетка») или формулировка типа: «Я разложил на кружки, квадраты, треугольники и такие ... не знаю, как назвать их». Дети с ЗПР часть формулировок с ясным обобщающим смыслом дают самостоятельно, часть – с помощью экспериментатора. Несмотря на массивную помошь во время основного задания, дети с ЗПР выполняют основное требование эксперимента – решение аналогичного задания. Тем самым они показывают относительно хорошую способность к обучению. Умственно отсталые дети в значительной степени затрудняются в словесных формулировках признака, хотя названия используемых цветов и форм обычно знают. Эти проблемы обусловлены слабостью обобщающей функции слова. Помощь при этом менее эффективна. Дети с умственной отсталостью показывают плохой перенос навыка: большинство из них воспринимают аналогичное задание как новое, неизвестное. Они часто сбиваются на бесцельное манипулирование карточками, ждут дальнейшей помощи психолога. Некоторые дети пытаются разложить карточки на группы по памяти, и их сильно смущает то обстоятельство, что групп с различными цветами оказывается четыре, а не три.

В качестве иллюстрации, отражающей разницу в выполнении методики детьми с ЗПР и умственной отсталостью, приведем следующие протоколы (табл. 53, 54).

Таблица 53

**Протокол обследования по методике А. Я. Ивановой. Оксана З.  
(7 лет 11 месяцев), умственная отсталость легкой степени**

Последовательность проведения занятия	Действия ребенка
Ориентировочный этап	Инструкцию слушает внимательно. Взгляд то на сводную таблицу, то на стопку карточек. Берет сводную таблицу на колени. Предположений не высказывает
Основное задание Задача 1 Уроки 1	Бесцельно манипулирует карточками: «У меня такая есть игра». Стопка рассыпается. После организующей помощи начинает раскладывать карточки ровно в ряд, без учета признака. Психолог останавливает раскладку.
2	Не воспринимает помощь. Не отвечает на вопрос по различию. Берет одну из карточек, кладет в стопку.
3	Не воспринимает помощь. Произносит: «Такая карточка... и тут такая, красная, сейчас надо», но не действует, смотрит на психолога.
Словесная формулировка	Берет помощь. Раскладывает правильно.
Задача 2 Уроки 1	Называет правильно все три цвета: «Сюда желтый, сюда красный, сюда синий»
2	Вновь начинает раскладывать по цвету, повторяет ту же словесную формулировку.
3	Не воспринимает помощь. Называет формы положенных психологом карточек правильно, но начинает раскладывать неверно (взяв синий круг, смущается, не может положить его на красный круг: «Тут синий, он не сюда»).
4	Не воспринимает помощь. Начинает раскладывать по форме — круги независимо от цвета, но потом сбивается на признак цвета и делает несколько групп треугольников: «Сюда желтый, а тут синий». Смотрит на психолога.
Словесная формулировка	Не воспринимает помощь. При раскладке сбивается на признак цвета, при этом называет четыре формы правильно.
	Не воспринимает помощь. После укладки одной карточки психологом дает правильную формулировку: «Да, тут — кружки, а тут — другие». Берет помощь. Далее раскладывает правильно все карточки.
	Не дает полную обобщающую словесную формулировку: «Тут все кружки, а там не кружки». За психологом повторяет формулировку правильно

Окончание табл. 53

Последовательность проведения занятия	Действия ребенка
Задача 3	Сразу начинает раскладывать по признаку цвета, не обращая внимания на поправку психолога о необходимости раскладывать на две группы.
Уроки 1	Не воспринимает помощь. Выделяет признак размера правильно: «Маленький кружочек, а это — большой», но начинает раскладывать по цвету.
2	Не воспринимает помощь. Начинает правильную раскладку, сбивается на признак цвета уже после второй карточки.
3	Берет помощь. Раскладывает правильно. Есть обобщающая формулировка: «Тут разложила маленькие, тут — побольше все»
Словесная формулировка	
Аналогичное задание	Начинает раскладывать фигуры по цвету, увидев новый, зеленый цвет в наборе, прерывает раскладку, оставляет карточки разбросанными, называет цвета, в том числе зеленый, из форм — только круги. Убирает руки со стола. Занимается карманом на платье. Проба прекращается

Таблица 54

**Протокол обследования по методике А. Я. Ивановой. Денис Л. (7 лет 6 месяцев), задержка психического развития церебрально-органического происхождения**

Последовательность проведения занятия	Действия ребенка
Ориентировочный этап	Инструкцию слушает внимательно. Начинает делать предположения: «Тут квадрат с квадратом надо или один цвет сделать?» На слова психолога: «Подумай, как будешь раскладывать, чтобы получилось три группы», отвечает: «Буду тогда красные с красными, потом синие, потом желтые»
Основное задание Задача 1	Начинает быстро раскладывать карточки по цвету, при этом правильно называет цвета.
Словесная формулировка	На вопрос психолога, чем отличаются три группы, отвечает: «Они разные»
Задача 2	Вновь начинает раскладывать по цвету, повторяет ту же словесную формулировку.
Урок 1	Воспринимает помощь: называет формы положенных психологом карточек правильно (квадраты), начинает правильно раскладывать: «Это квадраты, сюда — круг, сюда — треугольник, опять треугольник, а ромб куда? Сейчас, такой же как квадрат». Кладет ромб в группу к квадратам. «Сколько будет кучек?» Психолог: «Должно быть четыре группы». Исправляется, раскладывает на четыре группы. Делал около трех минут.
Словесная формулировка	Дает полную обобщающую словесную формулировку

Последовательность проведения занятия	Действия ребенка
Задача 3	Сразу начинает раскладывать по признаку формы. Психолог напоминает о необходимости раскладывать на две группы, тогда ребенок разделяет все карточки на две группы поровну без какого-либо признака: «Вот так будет».
Уроки 1	Не воспринимает помощь. Выделяет признак размера правильно: «Тут положил маленький, тут — большой», далее сбивается на признак цвета: «Сюда так подходит».
2	Не воспринимает помощь. Начинает раскладку правильно, сбивается на признак формы. Отвлекается, часто смотрит в окно, на предметы в комнате.
3	Не воспринимает помощь: «Не знаю дальше как».
4	Невнимательно слушает объяснения психолога. Не действует после показа. Получает стимулирующую помощь.
5	Берет помощь. Остальные карточки раскладывает сам.
Словесная формулировка	Есть обобщающая формулировка: «Здесь маленькие кубики, а здесь — большие». Задача 3 заняла в общем сложности 3 минуты. Ребенку дается игровая пауза (15 минут)
Аналогичное задание	Начинает раскладывать фигуры по цвету: «Их можно разложить по цвету». Увидев новый, зеленый цвет в наборе, не прерывает раскладку. Затем успешно раскладывает по форме и по размеру. Дает правильную словесную формулировку только при раскладке по цвету

### Психологическое заключение по результатам обследования

Оформление психологического заключения является завершающим этапом всей диагностической работы, сложность и многозначность которой определяют требования к методологическому обеспечению процесса изучения аномального развития ребенка. В работах ведущих отечественных специалистов в области экспериментальной патопсихологии и клинической психологии приводятся рекомендации по составлению заключений (Рубинштейн С. Я., 1998; Блейхер В. М., 1976; Демьянов Ю. Г., 1999; Зейгарник Б. В., Николаева В. В., Лебединский В. В., 1987 и др.). Все авторы сходятся во мнении, что не может быть стандартной формы в написании заключения, так как не может быть стереотипного построения исследова-

ния и подбора методов и методик. Однако, обобщая все рекомендации и учитывая собственный опыт работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, приведем приблизительную схему написания заключения по результатам психологического исследования ребенка с предполагаемой ЗПР.

### **Схема психологического заключения**

1. Даются общие сведения о ребенке и излагается содержание запроса к психологу. При этом, если ребенок посещает образовательное учреждение, жалобы родителя соотносятся с педагогической характеристикой.

2. Кратко приводятся анамнестические сведения, которые являются значимыми для постановки психологического диагноза: заключения врачей, социальная характеристика семьи, сведения о беременности и родах, о предшествующем развитии ребенка, о значимых событиях в жизни и др.

3. Даётся представление об организации обследования (количество и частота встреч, место проведения и др.).

4. Описываются результаты экстенсивных методов (наблюдения и беседы), которые дополняют анамнестические сведения, являются цennыми для формулирования психологического диагноза и отражают качественный анализ данных интенсивных методов (теста интеллекта, патопсихологического и обучающего экспериментов).

5. Приводятся результаты конкретных диагностических методик с указанием точного названия. Этую часть заключения целесообразнее оформлять в виде отдельных положений, доказываемых или иллюстрируемых экспериментальными данными, полученными с помощью разных диагностических проб. Указываются отклоняющиеся от нормы и сохранные стороны психики ребенка, отмечается его обучаемость. При написании заключения необходимо стремиться к максимальной лаконичности и доказательности выводов. С этой целью следует писать об основных сторонах психической деятельности, а показатели конкретных методик приводить для иллюстрации психологического диагноза. По стилю заключение должно быть написано языком, адекватным для понимания теми, кому оно адресовано.

6. Заключение может содержать данные идеографического изучения ребенка или рекомендации к его проведению.

7. Формулирование психологического диагноза. Следует учесть, что психолог должен избегать формулировок клиничес-

ских диагнозов (например, умственная отсталость, синдром дефицита внимания и гиперактивность, специфические расстройства формирования школьных навыков) или клинико-психолого-педагогических диагнозов (задержка психического развития). Если психологом устанавливается факт нарушения развития, то в психологическом диагнозе он предполагает его вариант. Для этого специалист, обобщая результаты обследования, кратко описывает структуру нарушенного развития: первичный и вторичный характер нарушений, их выраженность, сохранившиеся стороны психики и зона ближайшего развития. Что касается именно диагноза ЗПР, то он озвучивается коллегиально всеми специалистами психолого-медицинско-педагогической комиссии.

8. Обосновывается выбор образовательного маршрута, индивидуализации обучения, приводятся рекомендации дополнительных обследований у специалистов, углубленного психологического изучения ребенка и семейных условий, формулируются задачи необходимой психокоррекции, психоконсультирования и психопрофилактики. Составляется прогноз развития ребенка.

В качестве примера приведем заключение по результатам психологического обследования ребенка с предполагаемой ЗПР. После обследования несколькими специалистами (медицинско-психолого-педагогической комиссией) ребенок получил окончательный диагноз «задержка психического развития церебрально-органического генеза». Направлен в класс коррекционно-развивающего обучения.

### **Пример оформления психологического заключения**

Павел И., 9,5 года. Посещает второй класс массовой школы с языковым уклоном. Направлен на медико-психолого-педагогическую комиссию в связи с неуспеваемостью и плохим поведением: на уроках отвлекается, сползает под стол, вскакивает, отвечает грубостью на замечания учителей, дерется со сверстниками. Мать объясняет школьные трудности плохим контактом учителя начальных классов с ребенком.

В анамнезе внутриутробная гипоксия, срочные роды со стимуляцией, асфиксия. Наблюдался у невропатолога с диагнозом «перинатальная энцефалопатия». В младенчестве: беспокойный сон, капризность, возбудимость, частые срыгивания. В раннем возрасте: задержка речевого развития, моторное развитие без заметных нарушений. Ночное недержание мочи до 5 лет. Частые ОРВИ.

Состояние органов чувств: норма. Физическое развитие соответствует возрасту. Не имеет нарушений движений. Мать отмечает утомляемость при физических нагрузках (мальчик посещает футбольную секцию).

В массовой школе с 7 лет 11 мес. Из педагогической характеристики: с трудом формируются навыки чтения, письма и счета. Объем знаний по программе второго класса ограничен. Чтение и письмо с элементами дисграфии и дислексии. При решении арифметических задач затрудняется в составлении плана решения в несколько действий. Показывает хорошие знания в бытовой сфере. Отмечаются колебания настроения, состояния неуместной веселости, дурашливости, чрезмерная возбудимость, слабость волевого усилия. Проявляет вербальную и физическую агрессию как к детям, так и к взрослым, делающим замечания. На неприятных переживаниях (гнев, обида) подолгу не фиксируется. Не сформирована учебная мотивация. При неудачах не стремится преодолеть трудности. Интересуется рисованием, компьютерными играми, футболом.

Живет с родителями и старшей сестрой. Семейные условия хорошие. Вывод об отношении родителей к ребенку на данный момент обследования сделать трудно, требуется более глубокое изучение семейного контекста.

Обследование проводилось за две встречи, с перерывом в неделю, длительность каждого сеанса 30–40 минут.

Внешний вид ребенка опрятный. Соблюдает соответствующую возрасту дистанцию в общении с незнакомым взрослым. В контакт вступает охотно. Речь фразовая, с незначительными запинками, скорее бедная по возрасту. При работе по методике усваивает простую инструкцию, но затрудняется в принятии многоступенчатой инструкции. С трудом переключается от одного типа задания к другому. Успешность выполнения повышается с усилением речевого контроля, с делением инструкции на этапы.

Проявляет достаточный интерес и активно включается в работу, но удерживает интенсивное внимание в течение 15 минут, затем появляются признаки утомления. После передышки (игровой паузы) способен продолжать работу. На неудачу в заданиях реагирует пассивным отказом работать дальше, однако стимуляция со стороны взрослого, похвала способствуют повышению мотивации.

Обнаружена слабость свойств произвольного внимания: концентрации, переключения, распределения, а также низкая врабатываемость (методика «Совмещение признаков» В. М. Когана).

Отмечается низкий объем произвольной слухоречевой памяти, темп запоминания — замедленный, тип «кривой заучивания» — ригидный (методика «Заучивание 10 слов» А. Р. Лурии). Объем опосредованного запоминания (методика «Опосредованное запоминание» А. Н. Леонтьева) ниже возрастной нормы, однако введение опосредствующего звена повышает эффективность запоминания (5 слов против трех в методике Лурии). Ребенок способен установить смысловую связь между словом и наглядным образом и использовать ее как средство запоминания.

Наглядно-образное мышление изучалось с помощью методик «Цветные прогрессивные матрицы» (в модификации

Т. В. Розановой) и «Кубики Кооса». По первой методике ребенок показал низший уровень успешности выполнения заданий, что говорит о недостаточной сформированности наглядно-образного мышления и указывает на симптомы нарушения умственной работоспособности. В то же время ребенку помогала стимулирующая и обучающая помощь в виде активизации и привлечения внимания к наглядным условиям задачи. Помощь была достаточно эффективной как в задачах на тождество и симметрию, так и в задачах на аналогию, что указывает на вторичный характер нарушения мышления. В задачах на тождество и симметрию нарастает количество ошибок к концу пробы, что говорит об утомляемости.

В пробе «Кубики Кооса» обнаруживает дефицит регуляторных функций на уровне контроля и программирования деятельности: отрывается от образца, не доводит деятельность до результата, спешит сообщить, что закончил. Уровень невербального интеллекта — ниже среднего. При использовании задачий методики в обучающем эксперименте (предъявлялся образец с линиями разреза) показал хорошую восприимчивость к помощи.

По результатам методики «Четвертый лишний» (наглядный вариант) ребенок показал низкий уровень развития словесно-логического мышления. Обобщение осуществляется по функциональным и случайным признакам. Поиск обобщающего слова затруднен. Существенные признаки не называются. Однако не использует признаки, имеющие личностный смысл, что указывает на негрубый характер нарушения мышления.

В «Обучающем эксперименте» по А. Я. Ивановой проявил интерес, признаки активной ориентировки, делал предположения. Неплохо воспринимал помощь. Первую задачу выполнил без подсказок. Особые затруднения вызывала группировка по величине — понадобилось пять уроков-подсказок. Ребенок пытался использовать предыдущие признаки группировки, что указывает на инертность мышления. Затруднялся давать завершающие словесные формулировки признака, по которому группировал карточки. Перенос навыка — частичный, в действиях.

По результатам самооценочной методики («Лесенка») выявлено критичное отношение к одному из собственных качеств с реалистичным объяснением, что говорит о достаточной по возрасту зрелости самооценки. В то же время обнаружен большой разрыв между собственной самооценкой и ожидаемой низ-

кой оценкой от родителей и учителя, что может указывать на конфликтные отношения, эмоциональное неблагополучие.

**Психологический диагноз.** Признаки незрелости интеллектуальной сферы: низкий объем слухоречевой памяти, медленный темп запоминания слухоречевой информации, низкий уровень развития наглядно-образного и словесно-логического мышления, инертность мышления. В решении мыслительных задач требует стимулирующей и обучающей помощи, при этом показывает способность переноса навыка на аналогичное задание. Можно говорить о легкой недостаточности мышления (вторичного характера) и легкой недостаточности обучаемости. Выявлены повышенная истощаемость внимания и несформированность регуляторных функций психики, слабость волевого усилия. В то же время в диагностической ситуации ребенок не обнаружил выраженных признаков эмоциональной незрелости, поведенческих нарушений, на которые указывали характеристики педагогов.

Рекомендации:

- углубленное психологическое изучение личностной сферы ребенка, а также семейного контекста;
- дополнительное обследование у логопеда;
- обучение по коррекционной программе (VII вида); при возможном отказе родителей предпочтительно обучение в классе с малым наполнением, без языкового уклона, с возможностью индивидуального подхода;
- психокоррекционная работа, направленная на нормализацию развития познавательной, эмоционально-волевой и коммуникативной сфер, максимальное использование сохранных сторон психики;
- психоконсультирование родителей.

Прогноз благоприятен при адекватных условиях обучения, индивидуальном подходе, оказании психокоррекционной помощи.

---

## **Глава 2. КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С УГРОЗОЙ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И ПРЕДДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

---

### **2.1. Коррекционно-развивающие занятия с детьми первого года**

Раннее распознавание нарушения психомоторного развития (что, как правило, наблюдается у детей с ЗПР церебрально-органического генеза) является важным с целью профилактики предупреждения у ребенка тяжелой инвалидности (Журба Л. Т., Мастиюкова Е. М., 1981; Казьмин А. М., 1990; Мастиюкова Е. М., 1992; Рымарёва О. Н., 2000; Страховская В. Л., 1991 и др.). Развитие психомоторной сферы на первом году жизни ребенка является важным условием дальнейшего перцептивного и умственного развития. Основная задача психомоторного развития — помочь ребенку повысить двигательную активность, обогатить его представления об окружающем мире.

Как отмечают неврологи, на первом году жизни синдромы ММД проявляются в следующих неврологических признаках:

- у грудных детей часто наблюдаются легкие нарушения мышечного тонуса;
- нерезко выражены непроизвольные движения в виде третмора, миоклоний, гиперкинезов, которые проявляются непостоянно и не зависят от эмоционального младенца;
- задержка сенсомоторного развития (особенно зрительно-моторной координации);
- отставание в развитии тонких дифференцированных движений пальцев рук;
- трудности формирования предметно-манипулятивной деятельности, что проявляется к концу первого года жизни ребенка (Журба Л. Т., Мастиюкова Е. М., 1981).

Перечисленные авторами симптомы часто сочетаются с рефлекtorной асимметрией, нарушениями черепно-мозговой иннервации, иногда с гипертензионным, гипердинамическим синдромами, синдромом вегетативно-висцеральных дисфункций.

Влияние ММД у ребенка первого года жизни негативно отражается на его психомоторном развитии и требуют раннего вмешательства специалистов ЛФК, психологов, педагогов и родителей. При отсутствии помощи специалистов задержка психомоторного развития становится более выраженной. Ниже изложен комплекс упражнений по формированию моторных, сенсорных функций для детей первого года жизни с угрозой задержки психического развития, разработанный М. И. Ильиной (2004).

Заниматься с ребенком можно только тогда, когда он находится в спокойном состоянии, когда он сыт и его ничто не беспокоит.

### **Упражнение на формирование зрительного и слухового восприятия у младенцев (для детей старше 7–10 дней)**

*Яркую игрушку (шарик, погремушку, кольцо) поместите на вытянутой руке в поле зрения ребенка на расстоянии 60–70 см над его лицом и подождите, когда взгляд малыша задержится на игрушке. После этого начинайте покачивать ее то вправо, то влево с амплитудой, равной 5–7 см, и частотой колебаний примерно два раза в секунду.*

*В дальнейшем перемещайте игрушку в разных направлениях (вправо, влево, вверх, вниз), приближая к малышу на расстояние 20–30 см и удаляя на расстояние вытянутой руки примерно на 1,5 м от ребенка.*

*Занятие продолжается 1–2 минуты (движения повторяют два раза), проводится один-два раза в день.*

*(Так же проводится занятие с игрушкой, издающей негромкий, мягкий звук.)*

### **Упражнение для развития слуховых сосредоточений (для детей старше трех недель)**

*Оборудование – небольшой колокольчик (в высоту 5–7 см).*

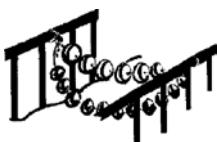
*Ребенок лежит на спине. Вы держите колокольчик на вытянутой руке (ребенок не должен вас видеть) и негромко позваниваете. Делаете 2–3 колебательных движения и даете звуку затихнуть. Когда ребенок прислушается к звуку, позвоните в колокольчик еще раз. Прежде чем звонить, дайте звуку угаснуть. Держите колокольчик над грудью ребенка на расстоянии 60–70 см.*

Затем привяжите колокольчик к леске и перемещайте его вправо, заглушив звук. Переместив колокольчик на расстояние 80–100 см от центра, слегка позванивайте им, вызывая у ребенка поисковые движения глаз, поворот головы в разные стороны.

Таким же образом перемещайте колокольчик влево.

Занятия проводятся 2–3 раза в день в течение трех-четырех дней. Затем лучше сделать перерыв на неделю, и в дальнейшем можно проводить занятия на протяжении второго и третьего месяцев жизни 1–2 раза в неделю.

### Упражнение для развития слуховой и двигательной активности (для детей старше одного месяца)



Подвесьте на расстоянии 60–70 см погремушку-гирлянду. К ней прикрепите с помощью лент еще одну погремушку-гирлянду на расстоянии 7–10 см от лежащего на спине ребенка.

Попробуйте привлечь внимание ребенка к игрушкам, слегка покачивая их. Поймав взглядом погремушки, ребенок широко раскрывает глаза, затахает на несколько секунд, а затем радостно вскидывает руки вверх, случайно задевая низко подвешенную погремушку.

Верхняя погремушка начинает покачиваться, и малыши снова замирают, рассматривая ее. Затем наступает новый всплеск двигательной активности, и малыши снова наталкиваются руками на нижнюю погремушку, приводя в движение верхнюю.

Такой игрой ребенок может заниматься 5 минут. Через 2–3 дня поменяйте погремушки местами.

Занимайтесь этим упражнением в течение одной-двух недель.

### Упражнение для развития зрительного восприятия (для ребенка от одного месяца и старше)

Как можно чаще ласково разговаривайте с ребенком, всячески стараясь привлечь его внимание к себе, вызвать ответную улыбку.

Папа держит ребенка на руках в вертикальном положении, чтобы малыш смотрел за плечо. Мама, ласково разговаривая с ребенком, приближает свое лицо к нему, стараясь попасть в поле его зрения. (Расстояние, с которого ребенок может увидеть лицо взрослого, 80–100 см, при более близком расстоянии малышу трудно охватить взглядом лицо.)

Ребенок радостно рассматривает лицо взрослого, улыбается ему, гукает.

Такое занятие можно проводить 2–3 раза в день.

## Упражнение для развития сенсомоторной и речевой сфер (для детей старше двух месяцев)

В 2–3 месяца стимулируйте ребенка фиксировать взгляд на движущихся и неподвижных предметах, побуждайте его к более длительному сосредоточению на предмете.

Возьмите в руку яркий шарик, когда ребенок поймет его взглядом, перемещайте шарик слева-направо, вверх-вниз. При этом спрашивайте малыша: «Где же шарик? Посмотри, вот он где!»

В этот период широко используйте игрушки, издающие различные звуки. Перемещением звучащих игрушек привлекайте внимание своего малыша. «Звените» игрушкой слева, справа, сверху и снизу. Спрашивайте: «Где звенит? Динь-динь! А сейчас где?»

### Методические требования к занятиям с младенцами

• Дайте возможность ребенку совершать как можно больше ощупывающих движений руками. Одновременно ребенок должен видеть предмет, который он ощупывает. Для этого вложите в руку ребенка предмет и привлеките его зрительное внимание к этому предмету. Форма, величина, фактура таких предметов должны быть разнообразными, но удобными для захватывания.

• Произносите звуки, которые слышали ранее от малыша: «абу», «агу», «бу-бу», «а-а-а», «о-о», «га-га» и т. п.

• Поощряйте любое желание ребенка двигаться. Положите сбоку от ребенка яркую, красивую игрушку, чтобы она привлекла его внимание, и помогайте тянувшемуся к ней ребенку осторожно перевернуться со спины на живот.

• Для обучения ползанию положите игрушку на таком расстоянии от ребенка, чтобы он не мог ее схватить. Помогите малышу приблизиться к ней, подставив ладонь к ступням ног, чтобы он смог упереться и оттолкнуться.

• Играйте с ребенком в прятки. Накиньте платок себе на голову. Спросите: «Анюточка, а где мама? Куда мама спряталась? Найди маму». Помогите ребенку, если у него не получится, снимите платок сами и обязательно похвалите.

А теперь набросьте платок на ребенка, как будто он спрятался сам. «А где Анюточка? Нету Анютки. Куда же она убежала?» Снимите платок: «А-а-а, вот где Анютка!» Продолжайте играть с ребенком, пока ему это будет интересно, придумывая разные варианты этой игры.



• Посадите ребенка к себе на колени и, листая книжку с красочными изображениями животных, показывайте и спрашивайте ребенка: «Вот это киска — мяу, мяу. Покажи, где киса? Это собачка — ав-ав. Покажи, где собачка?» и т. д.

Предлагайте ребенку разные книжки, рассматривайте вместе картинки, разговаривайте с ним.

• Со второго полугодия, давая ребенку различные игрушки, одновременно называйте их («Ляля», «би-би», «Миша»).

• Страйтесь как можно чаще стимулировать игровую деятельность ребенка (постукивание предметом о предмет, выкладывание кубиков из коробки, бросание предметов, снятие колец с пирамидки, перекладывание из одной руки в другую и т. д.).

• Формируйте начальное ситуационное понимание обращенной к ребенку речи и подчинение отдельным словесным инструкциям: «поцелуй маму», «дай ручку», «скажи „до свидания“», «покажи, какой ты большой».

Как, например, развить действия по инструкции «дай ручку»? Протяните руку к ребенку и попросите: «дай ручку», одновременно возьмите руку ребенка и вложите ее в свою, ласково поглаживайте ее и потряхивайте. Затем освободите руку ребенка, вновь протяните свою и попросите: «дай ручку», слегка направляя движение руки ребенка. И так несколько раз подряд, пока ребенок сам не будет протягивать руку, когда его попросят.

• Если вы видите, что малыш уже делает попытки встать на ноги, придерживаясь за кроватку, подержите яркую игрушку на таком расстоянии, чтобы он смог ее схватить только тогда, когда встанет.

• Ваш ребенок уже свободно стоит, держась руками за опору. Стимулируйте его к ходьбе. Для этого маните его жестами, игрушками или предметами, которые его особенно привлекают.

• Дайте ребенку разноцветные кубики (не более 6 штук). Покажите, как можно один кубик поставить на другой и построить башню.

Помогайте ребенку, управляйте его руками и постепенно усложняйте игры. Например, вы говорите: «Сначала дай мне красный кубик, нет, это желтый, а красный вот этот. Теперь зеленый. Где зеленый?» и т. д. Поиграйте с кубиками разной величины: «Подай мне большой кубик, теперь маленький, теперь опять большой» и т. д.

- В процессе купания ребенка поиграйте с ним, например, в такую игру: «Давай, Юлечка, помоем кукле личико. Где у нее глазки? Где у нее носик? Покажи. Теперь давай помоем ей ручки. Где ручки у куклы? Покажи» и т. д.

В дальнейшем продолжайте играть с ребенком в подобные игры, используя картинки в книжках, игрушки и т. п.

- Играйте с ребенком в «Теремок».

Для этого нужно сделать домик из картона и потребуются 3–4 игрушки: петушок, зайчик, собачка, кошка.

«Смотри, Владик, кто, кто в теремочке живет? Кто, кто в невысоком живет? Ну-ка, выходите, кто там живет. Ку-ка-ре-ку! Кто это, Владик? Петушок – золотой гребешок. Вот, погладь его. Ну, иди обратно в домик, петушок. Кто, кто еще в теремочке живет? Кто это такой серенький? Это зайчик. Ускакал зайчик опять в свой домик. Кто же еще там живет? Ав-ав. Я собачка. Ав-ав. Какая хорошая собачка. Смотри, убежала, спряталась. А вот посмотри, кто же там мякует? Мяу-мяу. Кто это? Это киса. Скажи: ки-са, ки-са. Погладь кису. Убежала киса. Все спрятались в домик. Давай позовем всех. Помани их ручками. Вот все прибежали к Владику. Петушок, зайчик, собачка, киса».

Когда ребенок запомнит названия всех животных, замените их на другие.

### **Упражнения для развития психомоторики**

Для ребенка от 1,5 месяца хорошим упражнением для развития психомоторики является массаж. Массаж нужно делать обязательно теплыми руками, смазанными детским кремом. Легкими движениями поглаживания массируйте ребенку руки от кисти к плечу, затем туловище, грудь от середины к бокам, живот, спинку от шеи к ягодицам. Далее, пальцами слегка пощипывайте ягодицы, поглаживая ноги, начиная от стопы. Растирайте стопы ребенка от пальцев к пятке и обратно.

Хорошо делать такой массаж ежедневно, перед купанием малыша. Продолжительность упражнений 5–6 минут.

С четырех месяцев делайте с ребенком гимнастику.

1. Попеременное сгибание рук к плечам. Ребенок лежит на спине. Повторите 8–10 раз.



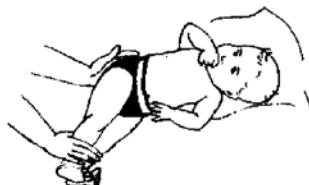
2. Поднимание прямых ног в положении лежа на спине. Повторите 4–5 раз.



3. Попеременное сгибание ног (имитация движений велосипедиста). Повторите 6–8 раз.



4. Опускание прямых ног в сторону. Положение ребенка лежа на спине. Поднимите прямые ноги вверх и опустите их в сторону; опять поднимите и опустите в исходное положение. Затем то же – в другую сторону. Повторите 3–4 раза.



С шести месяцев гимнастические упражнения дополняются следующими.

5. Круговые движения ногами. Исходное положение – лежа на спине. Захватив голени ребенка, согните его ноги, прижмите бедра к животу. Разведите согнутые ноги в стороны, вытяните их и сведите вместе. Повторите 3–4 раза.



6. Переход в положение сидя (с поддержкой). Исходное положение – ребенок лежит на спине. Придерживая левой рукой ноги ребенка, правой

слегка поддерживайте его за руку, побуждая сесть, затем осторожно положите ребенка обратно. Повторите 2–3 раза, поддерживая то за одно, то за другое плечо.



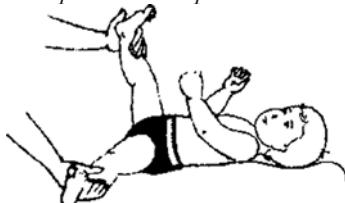
Начиная с восьми месяцев введите упражнения более сложного характера.

7. Ребенок сидит. Возьмите его за кисти, отведите его руки в стороны, опустите вниз, поднимите вперед. Повторите 6–8 раз.

8. Одновременное поднимание рук вверх. Из положения сидя поднимайте руки ребенка вверх. Повторите 6–8 раз.



9. Отведение ног в стороны. Исходное положение — лежа на спине. Разведите ноги ребенка в стороны, слегка приподнимая со стола, и сведите вместе. Повторите 8–10 раз.



10. Ребенок лежит на спине. Одной рукой возьмите ребенка за голень, а другой — за стопу. Сгибайте и разгибайте стопу, вращайте ее по кругу. Повторите по 3–4 раза на каждой ноге с круговыми движениями в обе стороны.



## Упражнения для развития психоэмоциональной сферы детей первого года жизни

Под влиянием различных игр и потешек младенец учится получать бессознательное удовольствие от особой ритмичной интонации, отличающей потешку от обычной речи. Пока ребенку нет полутора лет, содержание не имеет никакого значения. Важно само действие. Такие дети больше ценят различные звуки, фразы и ритмические конструкции. Эти незатейливые детские потешки вобрали в себя многовековую народную мудрость, ведь они оказывают комплексное развивающее влияние на психоэмоциональную, речевую, интеллектуальную сферу маленького ребенка.

### «Идет коза рогатая»

Наклоняясь над ребенком, улыбайтесь, ловите его взгляд и приговаривайте:

Идет коза рогатая,  
Идет коза бодая,  
Ножками топ-топ,  
Глазками хлоп-хлоп:  
«Кто каши не ест,  
Молока не пьет,  
Того забодаю, забодаю, забодаю».

«Пободайте» ребенка пальцами, потормошите его.

Проследите за реакциями ребенка, и вы увидите, что сначала он будет улыбаться, прислушиваясь к вашему голосу, затем будет издавать радостные звуки и оживленно двигать руками и ногами. Такая ответная реакция свидетельствует о развитии положительных эмоций, зрительного и слухового восприятия.

### «Ладушки-ладушки»

Возьмите ребенка на руки и, хлопая его ладошками, приговаривайте:

Ладушки-ладушки!  
Где были? — У бабушки.  
Что ели? — Кашку.  
Что пили? — Бражку.  
Кашку поели, бражку попили —  
Шу-у-у... Полетели!  
На головку сели.

При последних словах поднимите ручки ребенка к голове. Играйте в эту игру при каждом удобном случае. Сначала вы все движения делаете за ребенка, а затем он сам сможет хлопать в ладоши и поднимать ручки к голове.

### **«Пальчики в лесу»**

Поочередно загибаете пальчики ребенка, приговаривая:

Раз, два, три, четыре, пять,  
Вышли пальчики гулять:  
Этот пальчик гриб нашел,  
Этот пальчик чистить стал,  
Этот резал, этот ел,  
Ну а этот лишь глядел!

Проделайте то же самое и на другой руке. Пощекочите ладошку малыша, одновременно делайте легкий массаж пальчиков.

### **Этот пальчик — я**

Так же поочередно загибайте пальчики, начиная то с большого, то с мизинчика, то на правой, то на левой руке. Сопровождайте эти действия такими стишками:

Этот пальчик — дедушка,  
Этот пальчик — бабушка,  
Этот пальчик — мамочка,  
Этот пальчик — папочка,  
А вот этот пальчик — я.  
Вот и вся моя семья!

В отечественной психолого-педагогической литературе разработаны методические подходы к занятиям с детьми первого года жизни (Аксарина Н. М., 1977; Куприянова Н. Б., Федосеева Т. Н., 1974; Павлова Л. Н., 1987; Пилюгина Э. Г., 1983; Фигурин Н. Л., Денисова М. П., 1949 и др.). Методические подходы к занятиям с детьми с нарушениями в развитии представлены в работах Е. А. Стребелевой и Г. А. Мишиной (2002, 2008).

### **Основные принципы построения коррекционно-развивающих программ для детей с угрозой задержки психического развития на первом году жизни**

1. Принцип единства лечебного процесса и коррекции. Соблюдение этого принципа требует от психолога при построении

программы занятий учета основных клинических проявлений нарушений у младенца (этиология, патогенез, степень тяжести, сопутствующие заболевания и др.), возрастных особенностей (по месяцам), а также учета сохранных и компенсаторных возможностей.

2. Принцип индивидуального подхода к младенцу и его родителям с учетом не только специфики и степени тяжести заболевания, но и общего состояния здоровья младенца, отношения родителей к вмешательству. Соблюдение этого принципа требует тесного контакта психолога с родителями — обучение их упражнениям, присутствие родителей на занятиях с ребенком.

3. Принцип эмоционально положительного отношения в системе психолог — младенец — родитель. Психолог ни в коем случае не должен проводить занятия, если ребенок плачет, возбужден или мать отказывается от занятия в силу ряда причин. Только при доверительных отношениях с родителями, при эмпатийном общении с ними и ребенком возможны успехи в коррекции.

4. Принцип поэтапности занятий с учетом онтогенеза развития сенсорных и моторных функций. Соблюдение этого принципа требует от психолога глубоких знаний психологии младенца, этапов формирования у него когнитивных, эмоционально-волевых процессов.

## **2.2. Коррекционно-развивающие занятия с детьми предшкольного возраста**

Психокоррекционные занятия с детьми с ЗПР в предшкольном возрасте должны быть направлены на развитие психомоторной, сенсорной, речевой, интеллектуальной функций.

Как подчеркивалось выше, большое значение в эффективности психологической коррекции детей с ЗПР имеет, с одной стороны, ориентация на сложные системно-структурные модели их развития, с другой — онтогенетические модели. Учет системно-структурных моделей задержанного развития у детей позволяет разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести и специфическую структуру дефекта. Многообразие и полиморфность видов ЗПР требует учета всех факторов, определяющих дефект. Например, у детей с ЗПР церебраль-

но-органического генеза могут наблюдаться выраженные нейродинамические и аффективные нарушения, у детей с психофизическим инфантилизмом — темповое недоразвитие психомоторных, сенсорных и интеллектуальных функций. Все это определяет синдромологический подход к психологической коррекции с выделением ведущих и определяющих симптомо-комплексов психокоррекционных воздействий, лежащих в основе задержанного развития.

Кроме уровневых моделей психокоррекции детей с задержкой в развитии широко используются онтогенетические модели, которые предполагают два основных направления: возврат к ранним онтогенетическим этапам развития когнитивных процессов и личности и активация этих процессов в качестве ранее не востребованных резервов. При этом следует ориентироваться на уровень ближайшего развития ребенка и учитывать возрастные факторы (Шевченко С. Г., 1995).

В преддошкольном возрасте происходят интенсивные изменения в физическом и психическом развитии детей. Уже на втором году жизни наблюдается бурное развитие предметных действий, а на третьем предметная деятельность становится у здоровых детей ведущим видом деятельности.

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

вания его путем ощупывания рукой, прикосновения губ, языка и т. п. Таким образом, происходит выделение предмета как объекта деятельности. В конце первого года жизни ребенок может действовать уже не одним предметом, а несколькими, перемещая их по отношению к друг другу, что является активным изменением пространственных отношений между предметами и существенной предпосылкой для возникновения нового этапа — целевого использования предметов путем воздействия одним предметом на другой. Уже на шестом месяце ребенок может активно с помощью предмета вызывать звуки, ударяя одним предметом по другому. На десятом месяце ребенок ударом одного предмета по другому может вызвать вращение последнего. На десятом месяце он уже может перемещать одним предметом другие в ограниченном пространстве. Например, палкой помешивать шарики в чашке. Очень важным обстоятельством, как подчеркивает Р. А. Абрамович-Лехтман, является вызывание путем такого взаимодействия «скрытых свойств предметов». Например, удар палкой по колесу, насаженному на стержень, вызывает вращение колеса. Именно вызывание скрытого свойства предметов имеет огромное познавательное значение для ребенка (Абрамович-Лехтман Р. А., 1945).

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

В связи с вышеизложенным в основу психокоррекционной работы с детьми с ЗПР в преддошкольном возрасте было положено формирование у них предметно-практической деятельности (Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004). В процессе становления предметной деятельности у ребенка развиваются ориентировочные реакции на новый предмет и способность их дифференцировать, а также формируются способы действия с ними и способность ориентироваться на свойства и качества предметов. Кроме того, в процессе формирования предметно-практических манипуляций у детей пробуждается интерес к продуктивным видам деятельности — рисованию, конструированию.

Недоразвитие предметных действий, наблюдаемое у детей с ЗПР, в значительной степени оказывает негативное влияние на формирование восприятия и таких его свойств, как постоянство, предметность, обобщенность. Все это определяет

основные задачи психологической коррекции на данном возрастном этапе. Среди этих задач выделяются следующие:

- обучение детей с ЗПР усвоению сенсорных эталонов с помощью развития у них предметно-практических действий;
- развитие целостности, константности, предметности и обобщенности восприятия (Мамайчук И. И., 2003).

Приводим конкретную схему занятий с описанием психотехник для детей с ЗПР второго года жизни.

### 2.2.1. Упражнения для развития предметно-практических манипуляций

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

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

Оборудование:

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

#### Упражнения с досками

Использовать можно любые поверхности с вырезанными в них отверстиями, так, чтобы ребенок мог вставлять в них соответствующие части.

Начинать занятия с ребенком полутора лет нужно с самой простой доски. Размер ее примерно  $30 \times 15$  см. Размер вырезанных кружков в диаметре: больших — 4,5 см, маленьких — 3 см.

Говорите ребенку: «Давай мы с тобой поиграем в такую игру. Вот домик с окнами, их нужно на ночь закрыть. Вот большие окошки, а вот — маленькие. Найди большие кружочки. Закрой ими большие окошечки. Маленькими кружочками закрой маленькие окошечки».

Сначала попросите ребенка отыскать большой кружок и показать, какое окошечко нужно им закрыть. Для облегчения выполнения задания раскладывайте большие кружки слева от

доски, а маленькие — справа. Затем перемешайте и большие и маленькие кружочки и помогите ребенку правильно сопоставлять величины предметов.

Далее переходите к более сложным заданиям с использованием других геометрических фигур.

Ближе к двум годам усложняйте это задание, предлагая ребенку доски, на каждой из которых вырезаны разные геометрические фигуры: кружки и квадраты, треугольники и кружки, овалы и квадраты и т. д.

Самыми сложными являются задания на вкладывание фигур сходной формы: круги и овалы, квадраты и прямоугольники.

В процессе обучения предметно-практическим манипуляциям целесообразно проводить такие занятия, как подбор предметов по образцу, группировка предметов по образцу и по разным свойствам. Можно предложить детям разнообразные игры типа «Разложи игрушки по домикам» и др. Лучше всего проводить такие занятия в свободной игре. Например, предложить детям собрать набор кастрюлей, банок и др., соотнести крышки по величине, форме и др.

## 2.2.2. Игры и занятия для развития двигательных функций

### **Упражнения для развития моторики**

Эти упражнения целесообразно использовать с детьми с ЗПР церебрально-органического генеза, у которых часто наблюдается недоразвитие моторных функций (Журба Л. Т., Мастюкова Е. М., 1981).

#### **Лазанье**

1. Положите яркую игрушку на диван. Чтобы достать ее, ребенок вынужден будет залезть на диван и слезть на пол.

2. Привлекая внимание ребенка каким-либо ярким предметом, стимулируйте его пролезть на четвереньках под столом.

3. Учите ребенка залезать и вылезать, например, из большой коробки. Помогайте ему на первых порах.

#### **Перешагивание**

Разложите на полу разные предметы, которые малыш смог бы перешагнуть. Возьмите его за ручку и погуляйте по комнате. Всякий раз, когда ребенок останавливается перед препятствием, помогите ему высоко поднять одну ногу, затем другую и перешагнуть через предмет.

## Игры в мяч

1. Дайте ребенку в руки небольшой мячик и помогите ему бросить этот мяч на пол. Теперь положите мячик рядом с малышом, пусть он сам возьмет его в руки, а потом бросит. Следующий шаг — обучение ловле мяча, точнее — его захватыванию.

2. Сядьте с ребенком на пол напротив друг друга, разведите ноги в стороны и перекатывайте мяч друг другу. Постепенно увеличивайте расстояние между собой и малышом.

3. Для развития координации движений используйте игры с воздушными шарами. Сначала поиграйте с одним шариком, а затем с двумя-тремя. Например, нужно не дать упасть шарикам на пол, постоянно подбрасывая их вверх.

4. Для развития глазомера бросайте мяч в небольшую картонную коробку. Сначала это расстояние не должно быть слишком, постепенно увеличивайте его. Помогайте ребенку выполнять это упражнение, стремитесь не к результату, а к тому, чтобы вызвать интерес у малыша к этому занятию.

### 2.2.3. Упражнения для развития мелкой моторики

Эти упражнения широко используются не только для детей с ЗПР, но и для детей с недоразвитием речи.

#### Рисование карандашами

Учите ребенка держать карандаш в руке, замечать следы от карандаша на бумаге, а главное, постарайтесь вызвать интерес к рисованию.

Рисуйте вместе с ребенком, удерживая его руку с карандашом в своей.

Для начала нарисуйте, например, капельки дождя. Расскажите ребенку какую-нибудь историю про дождик, стихи или спойте песенку:

Дождик, дождик,  
Кап-кап-кап.  
Дождик, дождик, веселей,  
Капай, капай, не жалей!  
Брызни в поле пуще:  
Станет травка гуще!

Заранее изобразите на листе бумаги тучу, а затем вместе с ребенком нанесите штрихами капельки дождя. Обсудите первый рисунок, спросите у ребенка: «Где сильнее идет дождик?»

## Рисование красками

Пригответьте лист бумаги и краску трех цветов (красную, желтую, синюю). Сначала дайте ребенку сухую кисть и предложите ему сделать несколько мазков сухой кистью на листе бумаги. После предварительного упражнения в сухом примакивании начните вместе с ребенком рисовать красками.

Покажите ребенку, как нужно аккуратно макнуть кисточку в краску: «Смотри, на кончике кисти маленькая фигурка зайчика. Вот как прыгает зайчик — прыг-скок, прыг-скок». И на бумаге появляются красочные цветовые пятна.

А затем нарисуйте листопад: «Вот подул ветерок, и полетели листочки с дерева, упали на травку — падают, падают листья, в нашем саду листопад».

Полюбуйтесь вместе с ребенком картиной листопада.

## Лепка из пластилина

Покажите ребенку маленький кусочек пластилина, сделайте из него шарик, положите его на доску и нажмите пальцем.

Спросите у ребенка: «Что было у нас с тобой? Шарик? А что получилось?» Предложите ребенку самому сделать из шарика лепешечку, а потом вместе слепите морковку, оладушки для куклы и т. д.

Обращайте внимание ребенка на изменчивость формы, помогайте ему находить сходство с предметами.

Как можно чаще рисуйте вместе с ребенком. Научите его рисовать домик, человечка, машинку, паровозик и т. д.

## Рисуем шарики

Прочитайте ребенку стихотворение В. Антоновой.

Шарики, шарики  
Подарили нам!  
Красные, синие  
Дали малышам!  
Шарики подняли  
Мы над головой.  
Заплясали шарики —  
Красный, голубой!

Дайте ребенку лист бумаги и цветные карандаши. Попросите его нарисовать эти шарики и раскрасить их в разные цвета.

Напоминайте ребенку: «Шарики летят высоко вверх, в разные стороны».

### Рисование красками

На листе бумаги нарисуйте елки, траву. Дайте ребенку этот рисунок, пусть он нанесет краской мазки (следы) сказочных персонажей, например из сказки «Козлята и волк». Расскажите ребенку эту сказку. Покажите, как можно изобразить следы волка: «Вот как ходит волк по лесу. Он злой и голодный».

Спросите ребенка: «А какую песенку пела коза своим козлятам?» А затем: «Когда коза спасла всех козлят, они обрадовались и стали весело прыгать. Покажи, как козлята прыгали». Помогите ребенку нарисовать эти следы.

### Нанизывание бус

Предложите ребенку нанизывать бусинки поочередно: большую, маленькую и т. д. Оказываете помощь ребенку в нанизывании бусинок, их закреплении, правильном чередовании. Повторяйте словесно порядок чередования: «Сначала большая, потом маленькая, снова большая и маленькая».

#### *Нанизывание бус разной формы*

Бусы разной формы (круглые, кубические, овальные и т. д.), но одинаковые по размеру и цвету нанизываются на леску в разной последовательности с чередованием по форме.

Фиксируйте внимание ребенка на том, что бусинки чередуются: шарик, кубик, шарик, кубик.

#### *Нанизывание бус разного цвета*

Сначала предложите ребенку бусы одинаковой формы, размера и двух цветов.

Предложите ребенку поочередно нанизывать бусинки (красную, зеленую, красную, зеленую и т. д.).

Далее предложите бусы других цветовых сочетаний.

Кроме основной направленности (умения различать цвета, форму, величину предметов, чередовать их по качеству) упражнения с бусами успешно развивают тонкую моторику пальцев рук (точность и координированность движений), глязомер, усидчивость, старательность, эстетическое восприятие и др.

Занятия могут проводиться в индивидуальной и групповой формах. **Групповые занятия описаны в приложении (см. приложение).**

## 2.2.4. Игры и занятия для развития сенсорных функций для детей с задержкой психического развития

### Зрительное восприятие формы без предметно-практических манипуляций

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

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

Оборудование:

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

### Запоминание форм

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

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

Оборудование:

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

### Упражнения с пирамидкой

Покажите ребенку, как можно снять кольца со стержня пирамидки и снова надеть их.

Дайте возможность ребенку выполнить это упражнение столько раз, сколько он захочет. Не следует на этом этапе требовать от малыша, чтобы он собирал пирамидку правильно — сначала он должен отработать навык надевания кольца на стержень.

На втором этапе подскажите ребенку, что кольца имеют разный размер, и покажите ему два кольца — большое и маленькое, скажите: «Давай наденем сначала большое кольцо, а затем — маленькое».

На третьем этапе научите ребенка раскладывать снятые кольца справа от стержня по порядку — с учетом размера и затем брать эти кольца поочередно и надевать их на стержень.

Если ребенок справляется с заданиями и проявляет интерес, предложите ему более сложные варианты: собрать пирамидку в обратном порядке — от меньшего кольца к большему, собрать пирамидку из колец произвольно перемешанных, собрать пирамидку из перемешанных колец любых двух цветов.

Упражнения с пирамидкой можно выполнять в течение всего второго года жизни ребенка. Проявляйте терпение, оказывайте ему помощь, используя разные приемы: словесное напоминание («не пропускай колечко», «не переворачивай», «надевай правильно»); показ (если ребенок неверно выполняет задание); совместные действия; зрительно-осознательный контроль (обхватив руку малыша своей рукой, проведите ею сверху вниз по поверхности пирамидки: «Какая гладкая у нас получилась пирамидка»).

### Упражнения с предметами разного цвета

Подберите палочки, кубики или другие предметы разного цвета: например, 5 кубиков красного цвета и 5 кубиков зеленого цвета.

1. Возьмите один кубик красного цвета и попросите ребенка найти такой же кубик, затем возьмите кубик зеленого цвета и попросите ребенка отыскать точно такой же.

2. Положите один кубик красного цвета в коробочку, попросите ребенка найти такие же кубики и все сложить в эту же коробочку. Затем перемешайте снова красные и зеленые кубики и то же самое задание выполните с зелеными кубиками.

3. Теперь возьмите две коробочки: в одну положите красный кубик, в другую — зеленый, а ребенок раскладывает остальные в соответствии с цветом.

4. Используйте кубики (по 5 штук) трех цветов: красные, зеленые, желтые.

Если ребенку труднодается выполнение этих заданий, помогите ему — сгруппируйте кубики по цвету, то есть не перемешивайте их.

### Упражнения на различение цветов

#### Первое упражнение

Вводите названия цветов в разговор и в игру, но не как давление: «Скажи, какого это цвета?» Лучше предложить: «Я строю красную башню. Найди мне еще один красный кубик. Вот такой», — и покажите красный кубик. Или: «Я думаю, что это зеленый кубик».

Когда же ребенок с интересом откликается на вопрос типа «А где красные кубики?» или «Какого цвета у тебя кофточка?», это будет означать, что в его сознании слово, обозначающее цвет, соединилось со зрительным образом.

Используйте любую житейскую ситуацию для того, чтобы лишний раз закрепить понимание ребенком цветовых характеристик предметов. Спрашивайте ребенка, какого цвета дать ему яблоко — зеленого или красного, какого цвета бантик завяжем сегодня? и т. д.

Если ребенок усвоил основные цвета (красный, синий, зеленый, желтый), предложите ему упражнение с предметами восьми цветов (красного, оранжевого, желтого, зеленого, синего, фиолетового, черного, белого).

Если ребенку труднодается цветовое различие, вводите новые цвета постепенно.

### *Второе упражнение*

Рассыпьте на столе, например, кубики разного цвета и предложите ребенку рассортировать эти кубики по цвету: в одну коробочку сложить все красные, в другую — все синие и т. д.

Не следует требовать от ребенка, чтобы он запоминал названия цветов, главное, чтобы он правильно раскладывал кубики по цвету. Подсказывайте ему, если он ошибается: «Нет, это не красный кубик, а оранжевый, давай положим его в другую коробочку».

Чтобы ребенку легче было ориентироваться в цветах на первых порах, положите по одному кубику в каждую коробку и скажите: «Положи в эту коробку такие же кубики, как этот».

### *Третье упражнение*

Предложите ребенку бумагу и разноцветные карандаши: «Давай нарисуем дерево и закрасим листочки зеленым карандашом, солнышко — оранжевым карандашом, небо — синим, машину — красным».

То же самое — с красками (используется гуашь).

Предложите ребенку самостоятельно выбирать цвета для раскрашивания хорошо знакомых предметов.

Сначала научите ребенка правильно держать карандаш и кисть. Возьмите руку ребенка с карандашом или сухой кистью и сделайте несколько движений закрашивания карандашом или кистью. Затем обмакните кисть в краску и вместе нарисуйте что-либо.

Если ребенок испытывает затруднения, начните с более легких заданий. Например, закрасить только листочки на дереве или нарисовать только солнышко.

Предоставьте ребенку самостоятельно выбрать сюжет рисования по предварительному замыслу.

### Упражнения с матрешкой

Сначала, примерно с одного года двух месяцев, используется матрешка с одним вкладышем. Научите ребенка открывать и закрывать матрешку, вкладывать и вынимать. Покажите большую матрешку, встряхните ее — внутри что-то гремит. Помогите малышу открыть матрешку, покажите вторую, маленькую матрешечку. Закройте большую матрешку, поставьте рядом с маленькой. Обратите внимание на их величину: «Одна матрешка большая, другая — маленькая». Спросите ребенка: «Где большая матрешка, а где маленькая?» Теперь откройте большую матрешку, спрячьте в ней маленькую и предложите ребенку закрыть ее второй половиной, плотно соединив две половинки, совместите рисунок. Помогайте малышу открывать и закрывать матрешки.

Если ребенок научился действовать с этой матрешкой, предложите ему более сложный вариант — с двумя вкладышами. Сначала вынимаете и собираете все три матрешки, выстраиваете их в ряд, подчеркиваете разницу в величине. Попросите ребенка показать, где большая матрешка, где средняя, где маленькая. Затем собираете матрешки вместе с ребенком: в среднюю прячется самая маленькая, а теперь осталось две матрешки (большая и поменьше), открываете большую матрешку и прячете в ней среднюю.

Постоянно подсказывайте ребенку: «Открой эту матрешку, а теперь эту», «Как закрыть матрешки?», «Давай сделаем, чтобы они стали красивыми, совместим рисунки», «Возьми большую матрешку, вложи в нее среднюю» и т. д.

### Упражнения с предметами разной величины

Для этого упражнения можно сделать самим необходимые пособия в виде кружочков, квадратиков, треугольников, овалов (по 5 штук большого размера и по 5 штук маленького размера). Это могут быть фигуры, вырезанные из толстого картона. Важно, чтобы одинаковые фигуры были одного цвета. Например, все кружочки — красные, все квадраты — синие, все треугольники — зеленые. То есть различия — только по величине и форме. Диаметр больших кружков примерно 4–5 см, маленьких — 2–3 см; стороны большого квадрата — 4–5 см, маленького — 2–3 см; размеры большого треугольника —  $4,5 \times 4,5 \times 4,5$  см, малого —  $3 \times 3 \times 3$  см; овалов —  $5 \times 3$  и  $3 \times 2$  см.

Сначала показажите ребенку только кружочки, объясняя, чем они отличаются: «Вот, посмотри, это большие кружки, а это маленькие. Давай разложим большие в одну коробочку, а маленькие — в другую». Выполните это задание сами, спрашивая у ребенка, куда положить большой кружок и куда маленький (маленький прячется в ладошке, а большой трудно спрятать). Затем предложите малышу самостоятельно разложить кружочки.

### **Упражнение на дифференцировку величины и формы**

Покажите ребенку две пирамидки, объясните, что на одной — круглые кольца, а на другой — квадратные бруски. Вместе с ребенком соберите пирамидки. Снова разберите их. Спросите ребенка: «Покажи, где круглые кольца, а где квадратные бруски?»

Помогите малышу разложить детали в ряд (круглые с одной стороны, квадратные — с другой), а затем сложить одну круглую пирамидку, а другую — квадратную.

Возьмите руку ребенка в свою и проведите ею по одной пирамидке: «Смотри, какая она гладкая» — и по другой: «А эта пирамидка совсем другая, с острыми уголками».

Ребенок еще не может самостоятельно выравнивать квадратные бруски на стержне. Основная цель этого упражнения — знакомство с предметами разной формы. Если с этим заданием ребенок справился, переходите к другим фигурам, действуя так же.

И только после того, как ребенок безошибочно делит все фигуры по величине, приступайте к раскладыванию фигур в соответствии с их формой. Сначала предлагайте ребенку два вида фигур одной величины, например маленькие кружки и маленькие квадратики. Раскладывайте вместе с ребенком кружки в одну коробочку, квадратики — в другую. Далее переходите к следующей паре фигур. Действуйте постепенно, не торопитесь, поддерживайте интерес ребенка к занятиям (называйте фигуры игрушками, употребляйте слова: «такой», «не такой», «одинаковые», «разные»; не требуйте, чтобы ребенок произносил и запоминал названия фигур).

### **Упражнение с длинной и короткой лентами**

Это упражнение поможет ребенку понять различия между словами, обозначающими разную длину.

Возьмите две палочки с закрепленными на них лентами: одна короткая — сантиметров 5, а другая длинная — сантиметров 20. Научите ребенка накручивать ленту на палочку. Когда ребенок овладеет этим навыком, предложите ему поиграть, кто

быстрее завернет ленту на палочку. Себе возьмите короткую. Обязательно выиграйте. После этого разложите ленты на полу. Покажите, как они отличаются по длине. Спросите у ребенка: «Ты какую ленточку возьмешь теперь, короткую (вот она) или длинную, вот эту?» В любом случае дайте ребенку короткую ленточку и проведите снова соревнование. Теперь вы, конечно, должны проиграть. Еще раз уточните, где короткая, а где длинная лента.

Через несколько дней вернитесь к этой игре.

#### **Упражнения с досками** (описание упражнения см. на с. 285)

Поставьте на стол три емкости разной величины (с крышками) и положите три шарика тоже разной величины. Попросите ребенка спрятать большой шарик в большую банку, средний шарик — в среднюю, а маленький — в маленькую. Затем нужно закрыть каждую банку соответствующей по размеру крышкой. После этого вынуть шарики из банок и вложить банки друг в друга (спрятать все банки в одну большую).

Если у ребенка не получается правильно выполнить задание, перейдите к последовательному дробному членению, заключающемуся во внимательном рассматривании отверстий и вкладышей, в ощупывающих действиях рукой, сопоставлении и сравнивании, способе захватывания вкладышей, применении их к отверстиям, нахождении нужного ракурса для закрытия отверстий.

Особое коррекционное значение имеют *игры, направленные на использование вспомогательных средств*. В процессе таких игр перед ребенком ставятся следующие задачи:

- выявить внутренние связи предмета;
- проанализировать условия практической задачи;
- найти выход из проблемной ситуации.

Для выполнения этих заданий необходимо использовать вспомогательные средства. При этом следует учитывать особенности ситуации и соответствующие способы действия. С детьми проводятся разнообразные игры на доставание нужного предмета с помощью вспомогательных средств (веревка, палка и др.) (Радина Е. И., Новоселова С. Л., 1967; Новоселова С. Л., 1978). В табл. 55 представлены игры-занятия с предметами-орудиями, которые можно использовать в процессе коррекционно-развивающей работы с детьми с ЗПР.

Таблица 58

Часть 2. Возрастные, психолого-педагогические и клинико-психологические аспекты ...

**Система игр-заний с предметами-орудиями для детей с задержкой психического развития**

<b>Название игры</b>	<b>Содержание</b>	<b>Сенсорные процессы</b>	<b>Мышлительные процессы</b>	<b>Моторика</b>
Игры и занятия со вспомогательными предметами	Переместить тележку за тесемку. Переместить каталку при помощи рукотки. Придинуть игрушку палкой к себе. Вытолкнуть игрушку палкой из трубы	Восприятие сопротивления предметов. Восприятие предметов в динамике их сопротивления. Различение формы предметов, их пространственного расположения, различие глазомера	Обнаружение и использование статических межпредметных связей. Установление результативной динамической связи между предметами (с учётом форм и расположения предметов)	Удержание тессемки двумя руками. Движение рук к себе. Координированные движения обеих рук
Игры и занятия с пристяжными предметами-орудиями	Катать тележку с помощью палки с колышком. Достать фигурку из коробки с помощью специальной ложки. Копать, насыпать в формочки и утрамбовывать куруп или песок	Восприятие предметов в динамике. Развитие глазомера. Восприятие и сопоставление форм. Восприятие предмета в динамике, результативных изменений в предмете	Установление результативной динамической связи. Установление продуктивной динамической связи между несколькими предметами	Координированные движения рук. Координированные и последовательные движения обеих рук
Игры-заний с предметами-орудиями, имитирующими орудия труда	Забить молотком колышки или втулочки.	Восприятие предмета в динамике результативных сопротивлений, воздушных и изменений. Выделение части и целого. Соотнесение форм	Установление продуктивной динамической связи между несколькими предметами для объединения их в целое с помощью орудия	Соподчиненное движение рук с выделением «рабочей» и «вспомогательной» функций
	Завинтить винты втулную и отверткой. Собрать каталку вручную и отверткой	Восприятие. Изменение результативного характера. Соотнесение форм, различение частей и целого. Выделение специфичного в предмете	Установление продуктивной динамической связи между предметами с целями их объединения	Соподчиненные, координированные движения рук

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

Конструктивная деятельность обладает огромным коррекционным потенциалом, она активно формируется у здоровых детей еще в младшем дошкольном возрасте. С одной стороны, в процессе конструктивной деятельности ребенок знакомится с пространственными свойствами предметов (форма, величина и др.), а с другой — процесс конструирования оказывает существенное влияние на формирование способов восприятия: вычленение целого из отдельных частей, мысленное расчленение сложной формы и установление пространственных взаимоотношений предметов. Эффективность конструктивных занятия в формировании сенсорных функций у детей с психическим недоразвитием описана в работах многих отечественных педагогов и психологов (Мамайчук И. И., 1976; Катаева А. А., Стребелева Е. А., 1988; Гаврилушкина, 1991 и др.).

### *2.2.5. Игры и занятия на формирование наглядно-образного мышления у детей с задержкой психического развития*

Одним из важных аспектов наглядно-образного мышления является способность действовать в уме, оперируя представленными образами.

Основная цель развивающей психокоррекции — обучение детей с ЗПР оперированию представлениями и нахождению правильного выхода, не прибегая к практическим действиям с объектами. Эта цель достигается в процессе разнообразных психотехнических игр с использованием картинок. Например, нужно достать предмет, изображенный на картинке. Психолог предлагает ребенку картинку и просит рассказать, как мальчик будет доставать воздушный шар с высокого шкафа в комнате.

### **Упражнения и дидактические игры, направленные на развитие познавательной и речевой активности ребенка**

#### **Смотрим книжки с картинками**

Старайтесь как можно больше привлекать внимание малыша к рассматриванию картинок в книжках. Разговаривайте с ребенком, показывая изображения знакомых животных, предметов, людей. Задавайте ему вопросы: «Покажи, где киска?», «Как киска мяукает?» и т. д.

## Стихи, потешки, считалки и песенки

Не забывайте народное творчество: продолжайте играть в «Козу рогатую», «Ладушки», «Сороку-белобоку», «Пальчики в лесу».

Постепенно расширяйте звуковую и речевую среду в освоении языка. Пусть вас не тревожит то, что ребенок еще многого не понимает.

На втором году жизни можно, например, читать ребенку такие стихи Агнии Барто.

\* \* \*

Уронили мишку на пол,  
Оторвали мишке лапу.  
Все равно его не брошу,  
Потому что он хороший.

\* \* \*

Идет бычок, качается,  
Вздыхает на ходу:  
«Ох, доска кончается,  
Сейчас я упаду!»

\* \* \*

Я люблю свою лошадку,  
Причешу ей шерстку гладко,  
Гребешком приглажу хвостик  
И верхом поеду в гости.

\* \* \*

Зайку бросила хозяйка,  
Под дождем остался зайка —  
Со скамейки слезть не мог,  
Весь до ниточки промок.

Старайтесь сопровождать чтение каждого стихотворения имитацией соответствующих действий, понятных ребенку.

## Формирование игровой деятельности

### Игры с куклой

Играйте в куклы с девочками и мальчиками. Придумывайте маленькие истории из жизни куклы. Покажите ребенку, как ее одевать, кормить, гулять и т. д. Постоянно стимулируйте ре-

бенка к общению через жесты и действия. Задавайте побольше вопросов.

Например: «Анечка, посмотри, какая девочка пришла к нам в гости. Давай поздороваемся. Дай ей ручку. Как зовут такую красивую девочку?» и т. д.

### **Ролевые игры**

К концу второго года жизни необходимо играть с ребенком в различные игры с имитацией животных, знакомых ребенку.

Так, например, поиграйте в игру «Кошки-мышки». Ребенку дайте роль мышки, а себе возьмите роль кота. «Кот» ходит по комнате, а «мышка» спряталась. Затем «кот» улегся спать, и «мышка» вышла из своего укрытия. «Кот» проснулся, потянулся, замяукал, и «мышке» надо убегать в свой домик (заранее договоритесь, где он будет находиться). Затем поменяйтесь с ребенком ролями.

Или поиграйте в «Мишку-косолапого». Покажите, как движется медвежонок, как он рычит, мотает головой. Теперь ребенок изображает мишку, а вы ему читаете стишок:

Мишка косолапый  
По лесу идет,  
Шишки собирает  
И в карман кладет.  
Вдруг упала шишка  
Прямо мишке в лоб.  
Мишка рассердился  
И ногою — топ!

Научите ребенка изображать и других животных: птичек, лягушек, лошадок.

### **Упражнения на формирование внимания и памяти**

Игра «Чего не хватает на столе?»

Расставьте на столе 5–6 игрушек, попросите ребенка внимательно посмотреть на эти игрушки.

### **Первая игра**

Далее вы убираете одну игрушку (в это время ребенок отворачивается) и говорите: «Угадай, Ванечка, чего не хватает на столе, какой игрушки?»

Если ребенок справляется с этим заданием, увеличьте количество игрушек.

Затем поменяйтесь ролями — теперь ребенок прячет игрушку, а вы отгадываете.

Ту же игру проведите с добавлением игрушек: «Посмотри, Ванечка, внимательно, что появилось на столе, какая игрушка?»

### *Вторая игра*

Так же как и в предыдущей игре, расставьте на столе 5–6 игрушек. Ребенок внимательно смотрит, какие игрушки стоят на столе и как они расположены. Затем, когда ребенок отвернется, поменяйте что-либо, например, посадите зайчика в машину. Ребенок отгадывает, что изменилось, что стало не так, как было.

По мере усвоения ребенком смысла этой игры усложняйте задание.

Дайте ребенку такое задание: «Посмотри на меня внимательно, запомни все в моей одежде, затем я выйду из комнаты, а когда войду, ты должен угадать, что изменилось».

Выходите из комнаты и, например, наденьте шапку, затем вернитесь в комнату. Ребенок должен посмотреть на вас и заметить, что появилась шапка, которой раньше не было. Похвалите ребенка и продолжите играть дальше.

Усложняйте постепенно задание, меняйтесь ролями.

## **Упражнения для развития пространственного анализа и синтеза с разрезными картинками**

### **Разрезные картинки**

Возьмите картинку с нарисованным на ней хорошо знакомым ребенку предметом. Разрежьте эту картинку на две части и попросите ребенка соединить эти части вместе, угадать, что это за предмет. Если у него это задание не получается, подготовьте две одинаковые предметные картинки, одна из которых разрезана на две части. Дайте ребенку разрезанную картинку, покажите ему целую и скажите: «Вот посмотри на эту картинку, на ней нарисован мяч; сложи две части, чтобы у тебя получилась такая же картинка, с мячом».

Далее предложите ребенку картинки, разрезанные на 3, 4 части.

### «Угадай слово»

Прочитайте ребенку небольшие стихи, в которых пропущено слово. Он должен догадаться и назвать недостающее слово.

Ты не бойся — это гусь,  
Я сама его ... (*боюсь*).

Я рубашку сшила Мишке,  
Я сошью ему ... (*штанишки*).

Кто один имеет рог?  
Это толстый ... (*носорог*).

У меня пропал носок,  
Утащил его ... (*щенок*).

Апельсины и бананы  
Очень любят ... (*обезьяны*).

Вместо носа — пятаков,  
Вместо хвостика — крючок.  
Голос мой визглив и звонок,  
Я веселый ... (*поросенок*).

Чик-чирик! Не робей!  
Я бывалый ... (*воробей*).

— Иго-го! — кричит ребенок.  
Значит, это ... (*жеребенок*).

Он мурлычет и поет,  
Угадали? Это ... (*кот*).

Он в берлоге зиму спал,  
Лапу бурою сосал,  
А проснулся, стал реветь.  
И зовут его ... (*медведь*).

Я встаю на заре,  
Разбужу всех во дворе.  
У меня есть гребешок,  
Кто же я? ... (*петушок*).

Как гора огромный он —  
Очень добрый, добрый ... (*слон*).

Вы зимой кормили птиц —  
Голубей, ворон, синиц?  
Не теряйте ни минутки:  
Под мостом зимуют ... (*утки*).

Любит он на солнце греться,  
В полосатое одеться,  
И как сахар он на вкус,  
А зовут его ... (*арбуз*).

Если ребенок не справляется с заданием, повторите его. Главное, не следует навязывать ребенку то или иное упражнение. Следует помнить, что ребенок в этом возрасте любит заниматься тем, что ему доступно.

Например, дети с *конституциональной формой ЗПР* предпочтуют более легкие задания, при выполнении сложных заданий у них могут наблюдаться реакции негативизма (отказ от работы), в некоторых случаях даже аффективные реакции (плач, крик и др.). Ни в коем случае нельзя принуждать ребенка. Занятия необходимо варьировать. Опыт нашей работы показывает, что целесообразно включать в задание третье лицо. Если занятия проводят психолог, то рекомендуется включить куклу, например кота Мурзика, и вместе с ним обыгрывать задание. Иногда психолог предъявляет требования к коту, а не к ребенку. Эгоцентричные дети в таких игровых ситуациях проявляют активность и охотно выполняют задания.

В процессе занятий с детьми с *ЗПР церебрально-органического генеза* необходимо обратить внимание на формирование моторных функций, особенно мелкой моторики и речи. Страйтесь поощрять даже минимальную активность ребенка словом, жестом. Если у ребенка наблюдаются эмоционально-волевые проблемы, а именно: страхи, тревожность, то обязательно приглашайте на занятие родителей или других близких родственников.

Таким образом, коррекционно-развивающая работа с детьми с ЗПР в преддошкольном возрасте должна быть направлена на:

- совершенствование предметно-практических манипуляций;
- формирование двигательной активности ребенка;
- развитие сенсомоторных интеграций.

Следует подчеркнуть, что коррекционно-развивающие занятия могут проводиться не только психологами, но и педагогами, логопедами, специалистами ЛФК и даже родителями. Однако педагоги и другие специалисты должны опираться на результаты клинико-психологической и психолого-педагогической диагностики, которые отражают сложную структуру патопсихологического синдрома у детей с ЗПР в период обследования, и на прогностические критерии с учетом компенсаторных возможностей, социальной ситуации развития ребенка.

В последнее десятилетие разработаны концептуальные и организационные модели специальной психологической помощи детям с ЗПР на этапах раннего онтогенеза, выделены принципы типовой модели педагогической коррекции развития детей с ЗПР и принципы индивидуализированной модели коррекции ЗПР (Ульянкова У. В., Лебедева О. В., 2002, 2014).

В основу коррекционно-развивающих программ для детей раннего возраста положены ведущие методологические принципы специальной педагогики и психологии.

1. Принцип развития, предполагающий выделение в процессе коррекционной работы задач, которые находятся в зоне ближайшего развития ребенка.

2. Принцип комплексности, который предполагает, что устранение когнитивных и эмоциональных проблем у ребенка должно носить медико-психологический характер, то есть программа должна предусматривать полное взаимодействие всех специалистов, работающих с ребенком.

3. Принцип доступности предполагает построение коррекционно-развивающей программы с учетом уровня моторных, когнитивных и эмоциональных возможностей ребенка.

4. Принцип последовательности предусматривает постепенное усложнение занятий.

---

## **Глава 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

---

Дети с ЗПР в младшем дошкольном возрасте могут мало отличаться от здоровых сверстников. Родители, как правило, не придают значения тому, что их ребенок чуть позднее начал ходить самостоятельно, позже активно манипулировать с предметами, что задерживается его речевое развитие. Повышенная возбудимость, неустойчивость внимания, быстрая утомляемость, наблюдаемые у дошкольников с ЗПР, сначала проявляются на поведенческом уровне и лишь впоследствии — при выполнении интеллектуальных заданий. Только в старшем дошкольном возрасте педагоги осознают очевидные трудности в усвоении программы детского сада, которые выражаются в слабой активности детей на занятиях, в трудностях запоминания учебного материала, в повышенной отвлекаемости. Психологическая коррекция дошкольников с ЗПР должна быть направлена на предупреждение и коррекцию имеющихся недостатков психического развития, подготовку ребенка к обучению в образовательном учреждении. Основная цель психологической коррекции детей с ЗПР в дошкольном возрасте — это формирование познавательных функций, обогащение практического опыта, формирование коммуникативной и эмоционально-волевой сферы.

В настоящее время в Российской Федерации существуют дошкольные образовательные учреждения (ДОУ) и группы в детсадах обычного типа для детей с ЗПР, в которых осуществляется коррекционно-педагогическое воспитание, включающее психологическую помощь. Е. А. Стребелева и др. выделяют специфические образовательно-воспитательные потребности детей с ЗПР (Стребелева Е. А., Венгер Л. А., Ежанова Е. А., 2001). Авторы подчеркивают, что дошкольники с ЗПР особо

нуждаются в постоянно поддерживаемой взрослыми атмосфере успеха. Она должна относиться как к предметно-практической деятельности, в которой ребенок смог бы усваивать новые способы и навыки и переносить их в другие ситуации, так и к межличностному взаимодействию. Неразвитость и специфичность коммуникативных потребностей детей с ЗПР требует параллельного ведения и индивидуальной и коллективной работы. Наравне с познавательным должно оптимизироваться эмоциональное развитие детей с ЗПР. Эта необходимость определена незрелостью эмоционально-нравственной сферы личности таких детей.

Важным направлением в коррекционной работе с дошкольниками с ЗПР многие авторы считают разнообразные формы предметно-практической и продуктивной деятельности (рисование, конструирование), а также игру (Карабанова О. С., 1997; Мамайчук И. И., 2001; Борякова Н. Ю., 2008; Катаева А. А., Стребелева Е. А., 2001 и др.).

Основными принципами психокоррекционной работы с дошкольниками с ЗПР являются следующие.

*Принцип деятельностного подхода.* Психокоррекция должна проходить в процессе того вида деятельности, который доступен ребенку с ЗПР. Так, если у ребенка не сформирована игровая деятельность, то психокоррекционные занятия необходимо проводить в контексте предметно-практической деятельности.

*Принцип комплексного подхода.* Соблюдение этого принципа требует тесного контакта психолога с педагогом-дефектологом, логопедом, воспитателем и родителями и другими специалистами, сопровождающими ребенка с ЗПР.

*Иерархический принцип* требует ориентации не только на уровень актуального развития ребенка, но и на зону его ближайшего развития и его потенциальные возможности.

*Клинико-психолого-педагогический принцип* предполагает учет формы и степени тяжести задержки психического развития, ведущего патопсихологического синдрома и социально-педагогической ситуации развития ребенка. Например, у детей с психологическим инфантилизмом в структуре познавательного дефекта определяющая роль принадлежит недоразвитию мотивационной стороны деятельности, поэтому психокоррекционный процесс должен быть направлен на развитие познавательных мотивов. У детей с ЗПР церебрально-органического генеза наблюдается totalное недоразвитие предпосылок

интеллекта: зрительно-пространственного восприятия, памяти, внимания. В связи с этим коррекционный процесс должен быть направлен на формирование этих психических процессов, на развитие навыков самоконтроля и регуляции деятельности.

- *Каузальный принцип* предполагает, что коррекция направляется не только на симптом, но и на причину имеющихся проблем.

Сложная структура интеллектуального дефекта у детей с задержкой психического развития требует дифференцированного подхода к психологической коррекции. При составлении психокоррекционной программы необходимо учитывать форму, степень тяжести, специфику нарушения психических функций и возраст у дошкольников с ЗПР.

В связи с нарушениями сенсорно-перцептивных сферы, проявляющимися в недоразвитии константности и предметности восприятия, в замедленном темпе узнавания предметов, в трудностях обобщения сенсорных сигналов (Лебединский В. В., 1985; Ульянкова У. В., 2008; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004; Бабкина Н. В., 2002; Ермолаева М. В., 2002; Стребелева Е. А., 2009 и др.), необходимо решать задачи *коррекции сенсорно-перцептивных процессов*:

- обучение детей усвоению сенсорных эталонов и формированию перцептивных операций;
- развитие константности, предметности и обобщенности восприятия;
- развитие скорости восприятия объектов.

Для решения этих задач проводятся разнообразные занятия с детьми по обучению их адекватному восприятию форм и величины предметов. Занятия выстраивают с учетом возрастающей сложности каждого задания.

Этап 1. Обучение детей восприятию простой нерасчлененной формы. Психолог подбирает предметы, формы которых совпадают с формами-эталонами. Например, блюдце и круг, тетрадь и прямоугольник. Психолог просит ребенка найти предмет, похожий на образец-эталон.

Этап 2. Обучение восприятию формы, не вполне совпадающей с геометрической. Этот этап занятий характеризуется усложнением способов обследования и сопоставления. Перед ребенком стоит задача не только определить сходство формы воспринимаемого предмета с геометрической формой-эталоном, но и понять, в чем состоит отличие реального предмета от эта-



лона. Правильное сопоставление формы реального предмета с формой эталона невозможно без восприятия других пространственных свойств предмета — величины, пространственного расположения или соотношения частей. Например, чтобы отличить форму яблока от шара, психолог указывает на то, что у яблока наверху «ямка», а свекла в отличие от шара имеет внизу «хвостик».

Этап 3. Выделение в предмете главных деталей. Перед ребенком стоит задача дополнительного обследования предмета, а также нахождения нового подхода к восприятию всего предмета. Вначале дети рассматривают предмет как единое целое. Они воспринимают общую форму предмета, затем ребенок обучается выделению в предмете основных деталей и соотнесению их друг с другом.

Этап 4. Выделение существенных и характерных признаков предмета. Задача состоит в том, чтобы научить детей видеть в каждом предмете его существенные признаки, без которых он теряет свою предметную отнесенность, и выделять конкретные черты, характерные признаки, позволяющие воспринимать именно этот предмет со всеми его индивидуальными различиями. Например, существенным признаком часов являются стрелки, а наличие подставки характерно для настольных часов.

Этап 5. Составление форм из отдельных частей. Например, сложение квадрата, круга из двух и более частей по образцам и без наглядных образцов.

Этап 6. Восприятие пространственных отношений. Восприятие отношений между двумя предметами. Например, ребенку предлагается поставить (посадить) дерево около (за, рядом, справа, слева и др.) дома.

### **3.1. Игры и упражнения по формированию сенсорно-перцептивной сферы у дошкольников**

#### **«Шарики — ниточки»**

Подготовьте разноцветные шарики (можно использовать круги из картона) и подберите к ним нитки соответствующего цвета. Попросите ребенка подобрать к каждому шарику подходящую по цвету нитку (к красному шарику — красную нитку, к зеленому — зеленую и т. д.). Далее сделайте подбор ниток намеренно неправильный, и пусть ребенок найдет эти ошиб-

ки и исправит их. Спросите у ребенка: «Где желтый шарик?», «Где желтая нитка?», «А этот шарик какого цвета?», «Какого цвета нитка подойдет к этому шарику?» и т. д.

### «Что какого цвета?»

Научите ребенка правильно соотносить цвета различных предметов. Предложите ему выбрать карандаши соответствующего цвета и закрасить ими предлагаемые картинки (морковку закрасить оранжевым, огурец — зеленым и т. д.).

### «Радуга»

Познакомьте ребенка с последовательным расположением цветов в спектре. Прочитайте стихотворение.

Вышла радуга-краса,  
Разноцветная коса.  
Ленты пестрые в косе —  
А всего их ровно семь.  
Дарит их красавица —  
Бери, какая нравится.

#### *Красная*

Если красный помидор,  
То поспел он, ясно,  
Если красный светофор,  
То идти опасно,  
Ну, а если красный нос —  
Значит, на дворе мороз.

#### *Оранжевая*

Что за мяч оранжевый,  
Весело наряженный?  
Мячик не резиновый.  
Мячик апельсиновый.

#### *Желтая*

Желтый лимон  
на цыпленка похож,  
Только вот ног у него не найдешь.  
Желтый цыпленок похож на лимон,  
Только растет не на дереве он.



*Зеленая*

Вот кузнечик Кузька —  
Зеленое пузико.  
Спинка, лапки, голова —  
Весь зеленый, как трава.

*Голубая*

Нравятся Насте  
Голубые краски:  
Голубые платья,  
Голубые глазки,  
Голубика в лесах.  
Дали голубые.  
Голубые чудеса —  
Выбирай любые.

*Лиловая (фиолетовая)*

Цвет лиловый — цвет сирени.  
Цвет фиалок,  
Цвет весенний,  
Цветет он и колышется,  
И в нем приятно дышится.

Для формирования сенсорного эталона цвета эффективны занятия по рисованию красками и аппликацией. Приготовьте бумагу (серую, голубую, синюю), белую краску, кисти. Прочитайте стихи о зиме, например стихотворение И. Сурикова «Зима».

Белый снег пушистый  
В воздухе кружится  
И на землю тихо  
Падает, ложится.  
И под утро снегом  
Поле забелело,  
Точно пеленою  
Все его одело...

Вспомните, как красиво зимой — снег укрывает дома, деревья, кусты. Скажите ребенку, что нарисовать зиму, снег можно белой краской и что она лучше всего сочетается с голубым, серым, синим фоном бумаги.

### «Полосатый коврик»

Для выполнения этого упражнения приготовьте бумагу, клей, кисточку, тряпочку и цветные полоски бумаги. Предварительно покажите ребенку, как нужно наложить полоски бумаги на лист. Спросите: «Тебе нравится такая раскраска коврика? Если нет, то можно полоски поменять местами, и тогда коврик будет выглядеть иначе». Затем приступайте к намазыванию каждой полоски kleem и наклеиванию ее на лист бумаги. Предложите ребенку сделать это самостоятельно. Вместе полюбуйтесь ковриком и подумайте, где его можно использовать. Например, это может быть коврик для куклы или для машинки. А можно предложить новый сюжет. На этот коврик наклеить вырезанные силуэты фигурок собачки, кошки и т. д. Спросите ребенка: «Что делает на коврике собачка, а что — кошка?»

Для формирования различия формы, величины и тяжести предметов можно использовать следующие упражнения.

### «Большие и маленькие круги».

### «Длинные — короткие, высокие — низкие»

Попросите ребенка определить самый большой и самый маленький кружочки (рис. 8). Приготовьте набор из пяти палочек, равномерно уменьшающихся по длине от 20 до 12 см (рис. 9).

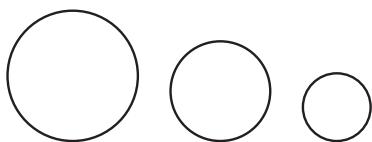


Рис. 8. Игра «Большие и маленькие круги»



Рис. 9. Игра «Длинные — короткие, высокие — низкие»

А теперь попросите ребенка обвести пальцем самый большой и самый маленький кружочки. В следующем задании попросите ребенка срисовать самый большой и самый маленький кружочки. Предложите ребенку сравнить палочки: «Это длинная палочка. Это короткая». Смешайте все палочки и попросите ребенка разложить их в ряд по убывающей длине, а затем — по возрастающей длине. Каждый раз ребенок называет длину каждой палочки.

Можно использовать два набора одинаковых пирамидок, матрешек, брусков, палочек. На столе раскладывают две одинак-



ковые пирамидки. Выберите самое большое кольцо и скажите: «Найди такое же большое кольцо». Продолжайте игру с кольцами разных размеров. То же самое — с другими фигурами.

Для развития восприятия тяжести и величины предметов можно использовать следующие упражнения

### «Тяжелые — легкие. Большие — маленькие»

Спросите у ребенка, какие предметы он считает тяжелыми, а какие — легкими: «Назови легкие и тяжелые предметы из тех, что ты видишь в своей комнате». Нарисуйте ребенку предметы. Среди них есть очень тяжелые и очень легкие, очень большие и очень маленькие. Попросите ребенка сначала найти самый тяжелый предмет, затем — самый легкий, после этого — отыскать самый большой предмет и самый маленький. Дайте ребенку такое задание: «Соедини на рисунке точки красным карандашом так, чтобы получился самый большой квадрат; а затем синим карандашом соедини точки так, чтобы получился самый маленький квадратик». Далее ребенок должен соединить точки так, чтобы получились короткие и длинные линии, назвать их, объяснить, чем отличаются короткие линии от длинных.

### «Найди пуговки»

В шкатулке много всяких пуговиц, но нужно выбрать те из них, которые подойдут к рубашке (пуговка с двумя дырочками, круглая) и к штанишкам (пуговка с четырьмя дырочками, квадратной формы) (рис. 10).

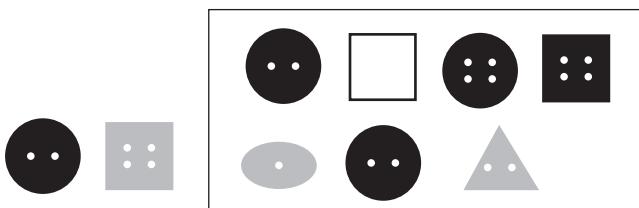


Рис. 10. Игра «Найди пуговки»

### «Геометрические фигуры»

На рисунке изображены геометрические фигуры (круг, квадрат, треугольник, прямоугольник, овал). Дайте ребенку задание: 1) показать все круги, квадраты и т. д.; 2) назвать фигуры; 3) обвести указательным пальцем контуры фигур, называя

их; 4) закрасить фигуры разными цветами и назвать, какую фигуру каким цветом закрасил; 5) показать большой круг, маленький круг и т. д.

Усвоению сенсорных эталонов, формированию перцептивных операций и основных свойств восприятия способствуют упражнения на осязание.

### «Угадай на ощупь»

Для этого задания необходимо подготовить плоскостные геометрические фигуры, вырезанные из дерева, пласти массы, картона. Предложите ребенку поиграть в такую игру: «Давай с тобой вместе ощупаем эту фигуру. Вот так проводим пальцем по краю квадратика. Вот это уголок, он острый, поворачивай, сейчас ведем палец вниз, опять уголок...» Спрашивайте каждый раз, какая это фигура. Когда ребенок потренируется на каждой фигуре (круг, квадрат, треугольник, прямоугольник, овал), предложите ему сделать то же самое, но с закрытыми глазами. Скажите ему: «А теперь погладь пальчиком эту фигуру, назови ее, скажи, какая она — гладкая или шероховатая, твердая или мягкая, из какого материала она сделана...» После этого предложите ребенку с закрытыми глазами отыскать все кружочки, все квадратики и т. д. (отбор фигур производится из множества фигур разной формы).

### «Что лежит в мешочке?»

Сложите в мешочек разные игрушки и предметы небольшого размера (пуговицы, шарики, шишки, куколки, зверюшки, желуди и т. д.). Предложите ребенку поиграть: «Смотри, что я достала из мешочка. А теперь ты достань что-нибудь». Когда ребенок достанет и назовет все предметы, сложите все обратно и предложите сделать то же самое, но с закрытыми глазами, на ощупь, и назвать каждый предмет. Пусть ребенок достанет из мешочка предмет по вашей просьбе.

Обязательной задачей психокоррекционной работы с дошкольниками с ЗПР является развитие мышления. Эффективны следующие упражнения на наглядно-действенное и наглядно-образное мышление.

### Упражнение на развитие восприятия геометрических фигур

Ребенку предлагается рисунок с изображением различных геометрических фигур (рис. 11).

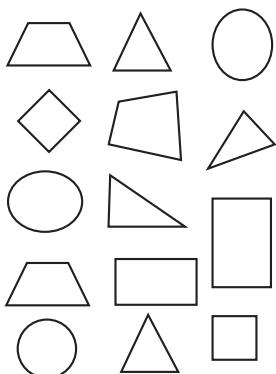


Рис. 11. Упражнение на развитие восприятия геометрических фигур

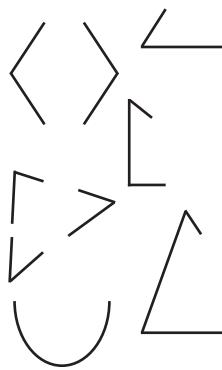


Рис. 12. Упражнение «Дорисуй фигуры»

Попросите его назвать фигуры, которые знает ребенок, подскажите ему названия тех фигур, которые он еще не знает. В следующий раз попросите его нарисовать те фигуры, которые вы ему назовете (круг, квадрат, прямоугольник, четырехугольник, треугольник, эллипс, трапеция).

### «Дорисуй фигуры»

Это упражнение способствует развитию точности восприятия. Покажите ребенку рисунки, на которых линиями изображены различные недорисованные геометрические фигуры (рис. 12). Попросите ребенка дорисовать их.

Чрезвычайно востребованными в коррекционной работе с детьми с ЗПР на пороге школы являются упражнения, формирующие пространственные и временные представления.

### Упражнение на развитие восприятия длительности временного интервала

Покажите ребенку секундомер или часы с секундной стрелкой, пусть он проследит движение стрелки по кругу и поймет, что такое 1 минута. Затем попросите его отвернуться и посидеть тихо в течение одной минуты. Когда минута, по его мнению, пройдет, он должен сообщить об этом (ребенок не должен видеть часы или секундомер). Далее предложите ему выполнить три задания, каждое — за 1 минуту: разрезать бумагу ножницами на полоски 3 см шириной (заранее подготовьте лист бумаги, разлинованный по ширине); нарисовать какие-нибудь геометрические фигуры; перенести палочки с одного

стола на другой и сложить их в коробочку. Каждый раз давайте команду к началу действия, а ребенок должен прекратить выполнение, как только, по его мнению, минута пройдет.

### «Часы»

Учите ребенка определять время по часам. На рис. 13 изображены часы с двумя циферблатами (часовым и минутным). Лучше сделать такие часы из картона.

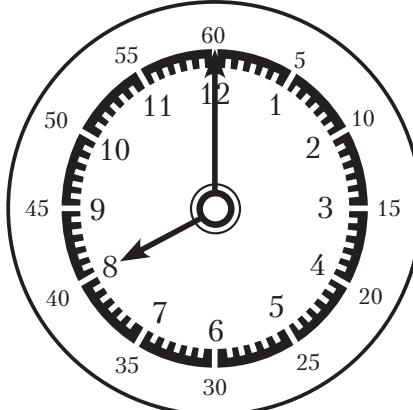


Рис. 13. Упражнение «Часы»

Числа, обозначающие часы, не должны задевать круг с минутными делениями и закрываться часовой стрелкой. Часовую стрелку нужно сделать толстой и короткой, чтобы кончиком она только касалась кружка, где стоит цифра, а минутную — тонкой и длинной, чтобы она шла по черточкам минут. Обратите внимание на то, что стрелки разные, что крутятся они всегда в одном направлении. Ребенок при этом должен уметь разбираться в числах. Если он знаком с числами до 12, то сначала учится определять только «сколько часов?». Для этого ставьте всегда большую стрелку на 12, а маленьку передвигайте на час и каждый раз спрашивайте: «Который час?» После того как ребенок овладеет этим навыком, можно переходить к определению времени и по минутам. (Но сначала убедитесь в умении ребенка распознавать цифры, обозначающие минуты.) Установите маленькую стрелку на 9 часов, а большую — на 3 минуты и спросите: «Сколько часов и сколько минут показывают часы?» Далее передвиньте минутную стрелку на следующее деление. Теперь часы показывают 9 часов и 4 ми-



нуты. И так двигайтесь дальше. Обучая ребенка определению времени по часам, вы одновременно рассказываете ему о том, что такое сутки (сколько часов в сутках), что такое час (сколько минут в часе), что такое минута, как можно использовать это знание в своей жизни и играх.

### **Упражнение на развитие представлений о частях суток**

Подготовьте рисунки, посвященные временам суток: утро, день, вечер, ночь. Затем задайте ребенку вопросы: «Что ты делаешь утром? Когда ты приходишь в детский сад? Что ты делаешь утром в детском саду?» и т. д. После этого покажите ребенку картинки и спросите, о каком времени суток идет речь на каждой. Когда ребенок справится с этим заданием, предложите ему разложить самостоятельно эти картинки в соответствии с последовательностью частей суток. Расспросите подробнее, что он делает в каждую часть суток

### **Упражнение для развития представлений о временах года**

Покажите ребенку четыре картинки с изображением явлений природы в четырех временах года. Например, приметы осени: гроздь рябины; желтый лист; кочан капусты; белка дает запасы; дети в осенней одежде идут с корзинками в лесу; деревья с желтыми листьями; убранное поле, астра. Расспросите ребенка о временах года: «Когда бывает снег? Когда опадают листья с деревьев? Когда появляются подснежники? Когда птицы вьют гнезда?» и т. д. Через один-два дня ребенку последовательно показывают четыре картинки с изображением времен года и просят назвать, какое время года изображено, и объяснить, почему он так думает. Если ребенок затрудняется в определении времен года, продолжайте эту игру, подготовьте другие картинки (хорошо бы — юмористические), постарайтесь вносить разнообразие в вопросы. Такой же подход можно использовать и для развития представлений о месяцах (Ильина М. Н., 2004).

## **3.2. Игры и упражнения, направленные на формирование произвольной регуляции деятельности у дошкольников с задержкой психического развития**

Способность к произвольной регуляции деятельности является одним из необходимых условий социализации детей

(Выготский Л. С., 1960; Запорожец А. В., 1990 и др.). Как показывают многочисленные исследования отечественных авторов, недоразвитие произвольной регуляции деятельности негативно отражается на эффективности мыслительной деятельности детей с ЗПР и снижает уровень их социально-психологической адаптации (Ахутина Т. В., Пылаева Н. В., 2008; Семаго М. М., Семаго Н. Я., 2003; Семенович А. В., 2007; Ульянкова У. В., 2008; Порошина Е. А., 2011 и др.).

Недоразвитие произвольной деятельности у детей с ЗПР проявляется в следующих особенностях:

- в трудностях избирательного реагирования на предъявляемые стимулы;
- в трудностях переключения с одной заданной программы на другую;
- в трудностях последовательной организации деятельности;
- в трудностях самостоятельного построения программы деятельности (Порошина Е. А., 2011).

Эти особенности наглядно выражаются у дошкольников с ЗПР в их поведении и при выполнении заданий. Дети отличаются импульсивностью, непоследовательностью, им тяжело сдерживать лишние действия, что проявляется в суетливиности. Трудности контроля своих действий обнаруживаются у дошкольников при выполнении конструктивных, графических заданий, двигательных, в пробах на распределение и переключение внимания. Поэтому формирование произвольной регуляции деятельности является важной задачей коррекции. С этой целью целесообразно использовать упражнения, направленные на регуляцию движений, пространственных представлений, конструирование и рисование.

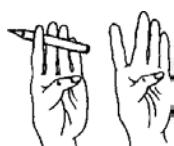
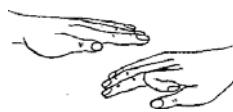
### **Упражнения на произвольную регуляцию движений пальцев рук тонкой моторики**

#### **Упражнения для развития тонкой моторики**

##### **Комплекс 1 (гимнастический)**



1. Выпрямить кисть, плотно сомкнуть пальцы и медленно сжимать их в кулак. Попередно выполнять каждой рукой.



2. Руку плотно положить на стол ладонью вниз и поочередно сгибать пальцы: средний, указательный, большой, мизинец, безымянный. Выполнять поочередно каждой рукой.

3. Выпрямить кисть и поочередно присоединять безымянный палец к мизинцу, средний — к указательному.

4. Сжать пальцы в кулак и вращать кисть в разных направлениях. Сначала поочередно каждой рукой, затем двумя руками одновременно.

5. Сгибание и разгибание пальцев. Пальцы разомкнуть как можно шире, затем сомкнуть и так продолжать дальше. Поочередно каждой рукой, затем сразу обеими. Использовать присказку: «Мы писали, мы писали, наши пальчики устали».

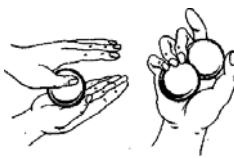
6. Положить руки ладонями вверх. Ребенок поднимает по одному пальцы сначала на одной руке, потом на другой. Повторять это упражнение в обратном порядке.

7. Ладони лежат на столе. Ребенок поочередно поднимает пальцы сразу обеих рук, начиная с мизинца.

8. Ребенок зажимает карандаш средним и указательным пальцами. Сгибает и разгибает эти пальцы.

9. Положите на стол десять — пятнадцать карандашей или палочек. Ребенок одной рукой пытается собрать все карандаши (палочки). При этом нельзя помогать другой рукой и надо стараться брать карандаши по одному. Вместо карандашей предложите ребенку собрать пуговицы, горошинки и другие мелкие детали.

10. Ребенок зажимает карандаш между средним и указательным пальцами. Далее выполняет движения так, что сначала сверху оказывается средний палец, а потом указательный.



11. Дайте ребенку два небольших шарика или два грецких ореха и попросите его покатать их между ладонями (пальцы прямые) в одну и другую стороны. А теперь пусть ребенок попробует их перекатывать пальцами одной руки, вращая то в одну, то в другую сторону.



12. Покажите ребенку такое упражнение: быстро касаться кончиками пальцев большого пальца. В одну сторону, начиная с мизинца, и в другую сторону — с указательного пальца. На одной руке, на другой, на обеих сразу.



13. Ребенок повторяет за вами различные движения пальцев: а) руки поднять вверх, пальцы выпрямить, перекрестить указательный и средний пальцы;



б) перекрещиваются безымянный палец и мизинец. Большой и указательный пальцы левой руки в кольце. Через него попеременно пропускаются колечки из пальцев правой руки: большой — указательный, большой — средний и т. д. Это упражнение можно варьировать, меняя положение пальцев. В этом упражнении участвуют все пальцы;



в) делаете колечки: из указательного и большого, из среднего и большого и т. д.; г) называете любое число от 1 до 10, а ребенок быстро «выбрасывает» соответствующее количество пальцев.

## Комплекс 2 (рисуночный)

### Обводим картинку, похожую на образец

Попросите ребенка найти на каждой картинке рисунок, похожий на образец (он дается слева в строке), и как можно аккуратнее обвести контур похожего рисунка, не отрывая карандаш от бумаги (рис. 14).

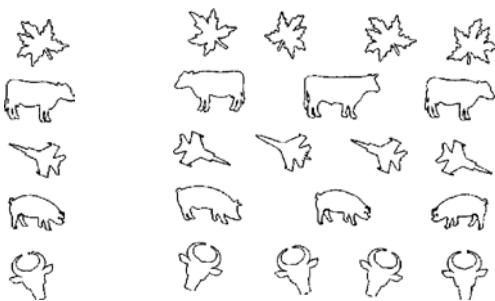


Рис. 14. Упражнение для нахождения образца

**«Угадай, кто я»**

Ребенку предлагаются определить по точкам, что нарисовано: «В этих точках кто-то или что-то спрятано, обведи контур каждого рисунка по точкам и ты узнаешь это». Руку не отрывать от бумаги. Таким же образом по точкам можно рисовать разные фигуры: животных, цветы, овощи, фрукты, посуду, мебель, машинки (надо чтобы изображение было не слишком сложным, его можно было бы обвести, не отрывая руки, и оно было бы знакомо ребенку шести лет).

**«Самолеты за облаками»**

Эта игра обучает ребенка пользоваться карандашом и делать правильный нажим. Для нее потребуются бумага и достаточно мягкий карандаш. Нарисуйте несколько самолетов, а вокруг двух из них — облака. Скажите ребенку: «Смотри, какие разные облака — одно совсем черное, и самолета за ним совсем не видно, а другое — светлое, и самолет хорошо виден». Темные и светлые облака вокруг других самолетов ребенок будет рисовать сам. Вместо самолетов могут быть нарисованы лодки на волнах, человек под проливным дождем и под моросящим, дом — ночью, дом — вечером (рис. 15).

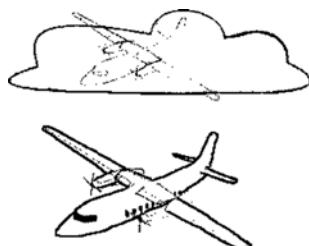


Рис. 15. Игра «Самолеты за облаками»

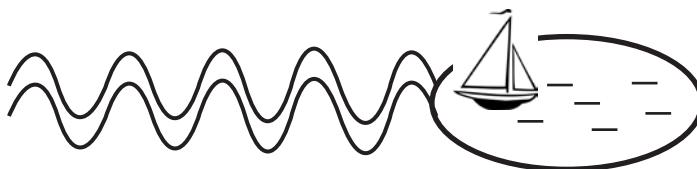
## Упражнение для развития способности к дифференцированию усилий кистей рук

Покажите ребенку рисунок, на котором есть образец — три геометрические фигуры (треугольник, круг, квадрат). Каждая из этих фигур заштрихована по-разному: треугольник очень сильно (с большим нажимом карандаша), круг — средней силы штриховкой и квадрат заштрихован слегка. Задача заключается в том, чтобы степень штриховки каждой фигуры соответствовала образцам. Дайте ребенку простой мягкий карандаш и попросите его выполнить это задание как можно точнее и аккуратнее. Начинайте с одной-двух строк. Если ребенок отличается медлительностью, то это упражнение можно делать и на время.

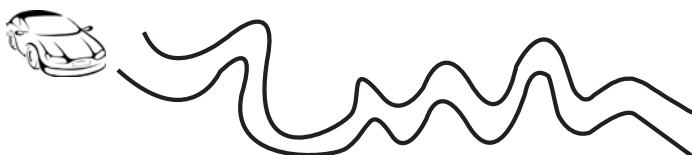
### «Я самый меткий»

Ребенок должен проводить линии карандашом, точно попадая в мишени (руку не отрывать).

1. Попади мячом и сбей палочку.
2. Пройди по узкому лабиринту и выйди из него, не задевая стен.
3. Нырни в воду и выплыви точно в спасательный круг.
4. Проведи свой корабль (кратчайшим путем) так, чтобы он не сел на мель.



5. Попади мячом в баскетбольную «корзину».
6. Поезжай по извилистой дороге.

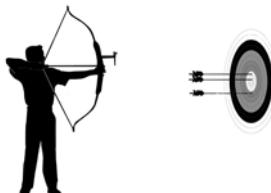


7. Быстро пробеги по лабиринту.

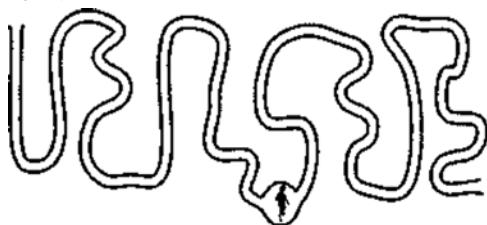




8. Попади стрелой в центр мишени (линия должна быть прямой).



9. Найди выход из пещеры (сначала иди в одну сторону, а потом в другую).



### *Комплекс 3*

#### **«Гребешок»**



Пальцы сцепить в замок. Концы пальцев правой руки нажимают на верхнюю часть тыльной стороны ладони левой руки, прогибая ее так, что пальцы левой руки встают, как петушиный гребешок. Затем на тыльную сторону правой руки нажимают пальцы левой — и в петушиный гребешок превращаются пальцы правой руки.

#### **«Кошка выпускает коготки»**



Поджать подушечки пальцев к верхней части ладони. Затем быстро выпрямить и растопырить пальцы.

#### **«Лесенка»**



Ноготь большого пальца левой руки ложится на подушечку большого пальца правой руки — готовы первые две ступеньки. На большой палец левой руки ложится кончик указательного правого пальца, на него — указательный левый — еще две ступеньки готовы. Кончики всех пальцев поочередно ложатся друг на друга, мизинцы — последние. Вот и построена лестница.



### «Бег»

Указательный и средний пальцы выпрямлены, остальные пальцы прижаты к ладони. Переставляя пальцами, человечек бежит к противоположному краю стола. То же упражнение проделать для указательного и безымянного пальцев.

### «Быстрое вращение»

Сцепить пальцы рук в замок (не сцеплены только большие пальцы). Большими пальцами делать вращательные движения один вокруг другого все быстрее и быстрее.

### «Колечки»



Кончик мизинца положить на кончик большого пальца — это маленькое колечко. Затем новое колечко: соприкасаются кончики безымянного и большого пальцев; среднего и большого и, наконец, — указательного и большого — это большое колечко. Действия повторить на другой руке.

### «Камень, ножницы, бумага»

Игра ведется совместно с ребенком. В такт словам «камень, ножницы, бумага» встряхиваете сжатыми в кулак руками. То же самое делает ребенок. Затем вы останавливаетесь на одном из трех слов: если это слово «бумага», то следует выпрямить пальцы (они плотно прижаты друг к другу), если это слово «камень», то рука сжимается в кулак, если слово «ножницы», то все пальцы прижаты к ладони, а указательный и средний выпрямлены и раздвинуты, как ножницы.

Когда ребенок освоит эту игру, поменяйтесь с ним ролями.

### «Солнце, заборчик, камешки»

Руки поднять вверх, пальцы обеих рук выпрямлены и широко разведены — это «солнышко». Теперь пальцы плотно прижать друг к другу и выпрямить — это «заборчик». Обе руки сжать в кулаки — это «камешки». По вашей команде: «Солнышко», «Заборчик», «Камешки» — ребенок (группа детей) показывает пальчиками: солнышко с растопыренными пальчиками, заборчик





с прямыми пальчиками или камешки — кулачки. Сначала это упражнение выполняется в медленном темпе, затем все быстрее и быстрее. Чтобы выполнить это задание, ребенок должен быть чрезвычайно внимательным.

По мере освоения ребенком упражнений добавляйте в них более сложные элементы: изменяйте последовательность, скорость произнесения слов-команд.

### **«Ладонь — кулак»**



Эта игра может производиться как индивидуально, так и в группе. Развивает не только тонкую моторику пальцев рук, но и внимание. Выпрямить сомкнутые пальцы правой руки, направленной вверх. Прямые пальцы левой руки направить перпендикулярно к правой руке, к основанию ладони правой руки — это «ладонь».

Левую руку сжать в кулак, а выпрямленные пальцы правой руки касаются основания ладони левой руки — это «кулак». Называете слова «Ладонь! Кулак! Ладонь! Кулак!..» и сопровождаете их соответствующими жестами. Ребенок повторяет движения за вами, затем — самостоятельно по вашим командам. С каждой командой меняется положение рук: то правая рука упирается в основание левой, то наоборот.

### **«Замок»**



На двери висит замок (*пальцы рук переплетаются, сцепляясь в замок*).

Кто открыть его бы смог?



Потянули (*локти расходятся в стороны, пальцы остаются переплетенными*),

Покрутили (*кисти рук крутятся в разные стороны, не расцепляя пальцев*),



Постучали (*постукивают друг о друга основания ладоней*)

И открыли (*пальцы распрямляются, руки расходятся в разные стороны*)!

### Игра со спичками

Укладываете четыре спички (две спички параллельно друг другу, сверху две спички перпендикулярно им) так, чтобы получился квадрат. Ребенок подключается к игре и тоже осторожно накладывает сверху свои спички. Так колодец постепенно растет.

### «Копирование образца»

Попросите ребенка как можно точнее скопировать узор на бумаге в клетку.

### «Рисую палочки»

Приготовьте заранее листок в клеточку, цветной карандаш, колокольчик, новую игрушку, секундомер (часы). Проинструктируйте ребенка: «Возьми цветной карандаш и по моей команде начинай ставить палочки в каждой клетке. Страйся выполнить это задание точно, быстро, не отвлекаясь». Время работы не более двух-трех минут. В процессе выполнения задания создавайте помехи: звоните в колокольчик, поставьте перед ребенком новую игрушку, положите на стол что-то вкусное и т. д. Если ребенок только бросает взгляд в сторону раздражителя и продолжает рисовать, отмечаете отсутствие отвлечения. Если же он на время прерывает деятельность, рассматривает, например, новую игрушку, а потом возвращается к выполнению задания, фиксируете наличие отвлечения. Если раздражитель заставляет ребенка забыть о цели деятельности, засчитываете невыполнение. В этом случае следует упражнять волевой контроль поведения, используя, например, рисунок. Инструкция та же.

### «Расставь знаки»

Используется таблица, состоящая из геометрических фигур: квадраты, треугольники, круги, ромбы. Проинструктируйте ребенка: «Как можно быстрее и правильнее заполни эту таблицу, используя образец». Фиксируйте время выполнения задания. По окончании работы ребенок сам проверяет правильность выполнения и вносит исправления. Подсчитайте количество правильных исправлений, пропусков ошибок, неправильных исправлений при самопроверке. Можно выполнить это задание так: показываете ребенку на 10–15 секунд образец, затем убираете, и он заполняет таблицу по памяти (Ильина М. Н., 2004).



## Упражнения на формирование произвольной регуляции в процессе выполнения зрительно-пространственных заданий

### Упражнение на развитие пространственных представлений

Подготовьте заранее: 5 игрушек (например, куклу, зайчика, мишку, уточку, лису); картинки с изображением 9 предметов, расположенных столбиками по три; лист бумаги в клеточку; карандаш. Предложите ребенку выполнить несколько заданий: 1. Показать правую, левую руку, ногу; правое, левое ухо. 2. На столе перед ребенком располагают игрушки следующим образом: в центре — мишка, справа — уточка, слева — заяц, впереди — кукла, сзади — лиса — и просят ответить на вопросы о расположении игрушек: «Где сидит мишка? Какая игрушка стоит перед мишкой? Какая игрушка находится позади мишкы? Какая игрушка стоит слева от мишкы? Какая игрушка расположена справа от мишкы?» 3. Ребенку показывают картинку и спрашивают о расположении предметов: «Что нарисовано в середине, вверху, внизу, в правом верхнем углу, в левом нижнем углу, в правом нижнем углу?» 4. Ребенка просят на листе бумаги в клетку нарисовать в центре круг, слева — квадрат, выше круга — треугольник, ниже — прямоугольник, над треугольником — два маленьких кружка, под прямоугольником — маленький кружок. Задание ребенок выполняет последовательно. 5. Игрушки располагают слева и справа, впереди и позади ребенка на расстоянии 40–50 см от него и предлагают рассказать, где какая игрушка стоит. 6. Ребенку предлагают встать в центре комнаты и рассказать, что находится слева, справа, впереди, сзади от него. Наблюдайте за ребенком в ходе выполнения задания, определите, как зависят особенности восприятия пространства от точки отсчета, удаленности объектов и т. д. Предложите ребенку решить задачу: мама, папа и Маша сидели на скамейке. В каком порядке они сидели, если известно, что мама сидела справа от Маши, а папа — справа от мамы.

### «Разрезные картинки»

На картинках могут быть изображения любых хорошо известных ребенку объектов. На трех картинках представлены яблоко, стакан, пирамидка: каждая картинка разрезана пополам. Три картинки с изображенными на них чайником, цыпленком, елки разрезаны на три части. Три картинки с рисунками мяча, морковки, гриба (мухомора) состоят из четырех частей каждая. Три картинки с рисунками капусты, медвежонка, лягушки

разрезаны на пять частей. Можно использовать и другие комплекты разрезных картинок. Сначала покажите ребенку, как из двух частей сложить целую картинку. Обращая внимание на цвет и форму предметов, попросите ребенка назвать эти предметы и их форму. Далее ребенок самостоятельно выполняет задания на сложение фигур, а вы подсказываете ему, чтобы он обращал внимание на общий вид предмета, а не пытался хаотично подставить то одну, то другую часть картинки.

### «Склейм чайник»

Предложите ребенку «склеить» разбитый чайник из осколков. Покажите ему картинку с целым чайником — образец: «Вот такой чайник должен получиться у тебя». (Этот образец остается перед глазами ребенка.) Далее последовательно показываете ребенку картинки с разными вариантами разбитого чайника.

### «Складываем геометрические фигуры из частей»

Геометрические фигуры (круг, квадрат, треугольник, прямоугольник, овал) разрезаны на четыре части каждая (рис. 16). Покажите ребенку поочередно карточки с частями геометрических фигур и попросите сложить целую фигуру и назвать ее. После того как ребенок научится правильно складывать из маленьких карточек каждую отдельную фигуру, смешайте все маленькие карточки на столе и предложите ему найти те, из которых можно сложить круг, квадрат и т. д.

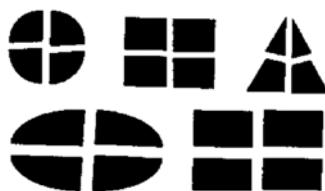


Рис. 16. Упражнение «Складываем геометрические фигуры из частей»

### «Матрешки»

Используется деревянная трехместная разборная матрешка. Загадайте ребенку загадку: «Ростом разные подружки, но похожи друг на дружку. Все они сидят друг в дружке, а всего одна игрушка». Затем разберите матрешку, обратите внимание на верхнюю и нижнюю части, составляющие игрушку, на их соотношения, на



порядок следования матрешек друг за другом от самой большой к самой маленькой. Сначала соберите матрешку. Затем ребенок собирает ее сам. Вкладывая одну матрешку в другую, он определяет, какая из них меньше, а какая — больше, называет их (большая, поменьше, самая маленькая). Далее используются матрешки с большим количеством вкладышей и пирамидки с различным количеством колец (Ильина М. Н., 2004).

Для детей старшего дошкольного возраста следует давать более сложные задания и задания на развитие восприятия. Эффективны упражнения, которые требуют не только четкого различения, но и воспроизведения формы.

### **Развитие произвольной регуляции деятельности в процессе обучения детей конструированию и рисованию**

Опыт нашей работы показал высокий потенциал формирования у дошкольников с ЗПР произвольной регуляции деятельности и сенсорно-перцептивных функций в процессе основных видов продуктивной деятельности: **конструирования и рисования**. Коррекционная работа должна проходить в процессе обучения детей продуктивным видам деятельности: конструированию, рисованию, лепке, аппликации. Особое внимание необходимо уделять формированию конструктивной деятельности у детей с ЗПР.

*Конструктивная деятельность* дошкольника является сложным процессом, который успешно формируется и совершенствуется в дошкольном возрасте. Обучение конструированию способствует умственному развитию ребенка, развивает у него способность к точному расчленению целого на отдельные элементы, формирует глазомер и положительно оказывается на произвольной регуляции процессов внимания и памяти (Венгер Л. А., 1968; Лурия А. Р., 1948, 1995; Давидчук А. Н., 1976; Поддъяков Н. Н., 1965, 1977; Парамонова Л. Т., 2000 и др.).

В ряде исследований по конструктивной деятельности детей дошкольного возраста выделены такие формы этой деятельности, как конструирование по образцу, конструирование по заданной теме и свободное конструирование. В процессе конструирования по образцу детям показывают постройку и рассказывают о способах ее воспроизведения. Конструирование по заданной теме заключается в том, что ребенку указывается лишь общая тема, обычно усвоенная им раньше, например: постройка мостов, домов и т. д. При свободном конструировании

каждый ребенок сам решает, что он будет строить. Здесь открываются возможности для проявления фантазии, воплощения творческих замыслов в практическую действительность.

А. Р. Лурия (1948) провел психологический анализ развития конструктивной деятельности дошкольников. В отличие от обычно применяемых в дошкольной педагогике конструктивных игр, в процессе которых ребенок точно копирует образец, автор предложил конструирование с нерасчлененных образцов. Перед ребенком стояла задача мысленного анализа элементов, из которых состоит предложенная модель. Монозиготные близнецы были разделены на две группы. Одна группа обучалась конструированию по традиционной методике, а вторая (их сестры и братья) — конструированию с нерасчлененных образцов (готовые постройки были заклеены белым плотным картоном). Сравнительный анализ показал, что предложенный метод конструирования по моделям радикально изменяет развитие конструктивной деятельности, положительно сказывается на развитии сенсорно-перцептивных и мыслительных процессов. Обучение конструированию по моделям существенно повлияло на умственное развитие детей, на развитие зрительно-пространственного анализа и синтеза. Мы использовали метод, предложенный А. Р. Лурией, в психокоррекционной работе с детьми с детским церебральным параличом и с дошкольниками с ЗПР (Мамайчук И. И., 1978, 2003). Занятия с детьми с ЗПР по конструктивному моделированию предполагают решение следующих четырех задач:

- обучение детей самостоятельным способам обследования образцов;
- обучение самостоятельным способам решения конструктивных задач;
- обучение анализу пространственного положения деталей конструкции и их словесному обозначению;
- обучение самостоятельному поиску допущенных ошибок.

Обучение дошкольников с ЗПР проходит в четыре этапа. *На первом этапе* перед детьми стоит задача конструирования с наглядного образца (табл. 56). *На втором этапе* ребенок обучается конструировать по моделям. *На третьем этапе* занятий значительно усложняются перцептивные задачи, стоящие перед ребенком. В процессе конструирования с образца-рисунка исключаются предметно-практические действия с образцами и деталями в виде примеривания, прикладывания, то есть ориентировочно-исследовательская деятельность в процессе обследования образцов превращается в идеальное действие, действие в уме.

### Программа занятий по конструированию для детей с задержкой психического развития

Этап	Задачи	Материал	Задания	Методические требования
1	Знакомство со строительным материалом, обучение простым конструктивным действиям из деталей одинаковой величины и формы; обучение планомерному обследованию образцов и деталей построек; обучение словесному обозначению пространственных отношений предметов: рядом, над, под, около и др.	Блоки и кубики одинаковой величины, но разного цвета и фактуры (пластмассовые и деревянные)	<p>Конструирование «баллон» из трех – пяти кубиков разного цвета. Конструирование «дома- рожки» из кирпичиков разного цвета.</p> <p>Конструирование «заборов» из разнопланетных кирпичиков (вертикальное и горизонтальное расположение деталей). Конструирование «триболов», «ворот», «гараж», «дивана» из одинаковых по величине блоков (расположение деталей в вертикальном и горизонтальном направлениях с учетом общей конфигурации постройки)</p>	<p>Количество занятий необходимо варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и его подготовленности. Обязательно перед началом конструирования давать словесное описание каждого образца с указанием на его существенные детали.</p> <p>В конце занятий рекомендуется каждую постройку обтырять. Например, катание машины по построенной дорожке, прогулки куклы около бани и т. д. Продолжительность каждого занятия зависит от интереса детей и их работоспособности.</p> <p>После того как дети успешно овладели конструктивными действиями, научились приемам конструирования с опорой на восприятие наглядных образцов, рекомендуется перейти к основному этапу обучения – конструированию с нерасчлененных образцов-моделей, или модельному конструированию</p>

Этап	Задачи	Материал	Задания	Методические требования
2	Обучение планомерному обследованию образцов-моделей выделению их существенных компонентов; обучение эффективным способам конструирования с использованием развернутых действий с деталями в виде присткладывания к образцам, приставления, прымеривания; обучение применению пространственных и метрических признаков предметов (форма и величина) в процессе конструирования; обогащение словарного запаса специальной пространственной терминологией: верх, низ, рядом и др. и называнию геометрических форм	Образцы-постройки необходимо заклеить белой плотной бумагой так, чтобы ребенок не видел, из каких деталей состоит модель. В строительном наборе необходимо иметь кубики разной величины, блоки разной формы и величины, а также части геометрических фигур, вырезанные из картона или пенопласта	Конструирование объемных построек с образцов-моделяй из деталей одинаковой величины и формы: «башни», «дорожки», «колодец» и др. Конструирование объемных построек из деталей разной величины. Конструирование плоскостных моделей из деталей одинаковой величины и формы: круг, квадрат, ромб, разделенные на несколько одинаковых частей.	<p>На данном этапе занятий дети могут широко использовать различные способы конструирования: накладывание деталей на образцы или приставление к ним с целью сличения. В процессе занятий взрослый может подсказать или показать ребенку способ работы.</p> <p>Обязательно в конце каждого занятия производить обтыривание постройки.</p> <p>Занятия желательно проводить ежедневно в указанной последовательности. Программа второго этапа рассчитана на длительный срок, он различен в зависимости от индивидуальных возможностей ребенка.</p> <p>После того как дети научились мысленно анализировать образцы-модели, овладели эффективными способами конструирования, научились использовать пространственные и метрические признаки предметов в процессе воспроизведения заданных образцов-моделей, можно приступить к обучению детей конструированию с образцами</p>

3	<p>На данном этапе обучения конструированию значительно усложняется перцептивная задача, стоящая перед ребенком. Сложность конструирования с образами рисунка состоит в том, что исключаются предметно-практические действия с деталями и ориентировано-исследовательская деятельность в процессе обследования образцов, превращается в идеальное действие, действие в уме. Обучение привычному рассматриванию образцов-рисунков, выделению в них существенных элементов постройки; обучение правильному определению пространственных отношений: наверху, внизу, слева, справа и т. д.; обучение правильному воспроизведению в постройках пропорциональных взаимоотношений деталей</p>	<p>Блоки и кубики одинакового размера; набор рисунков, где постройки представлены в не-расщепленном объемном изображении</p> <p>Конструирование объемных построек с нерасщепленных образцов-рисунков: а) из блоков одинаковой величины и форм; б) из блоков одинаковой формы, но разной величины; в) из блоков разной формы и величины</p>	<p>Приступать к занятиям можно только после того, как дети успешно овладели приемами конструирования с образами предметов и наулись мысленно анализировать образцы-модели. Очевидно, как и на предыдущих этапах, совместно с ребенком проводить предварительный анализ образцов, называть существенные компоненты построек. Если ребенок неправильно выполнил задание, обязательно совместно с ним следует проанализировать его ошибки. Количество и продолжительность занятий этого этапа зависит от возраста ребенка, его обучаемости и индивидуальных особенностей</p> <p>Вначале следует обговорить с ребенком, с какой целью и что он хочет построить, отобразить совместно с ним необходимый материал. Напомнить способы конструирования. В процессе занятий закреплять названия форм, цвета деталей, называть их пространственное расположение. В отличие от предыдущих этапов занятия четвертого этапа рекомендуется проводить не индивидуально, а в небольших группах (2–3 человека)</p>
4			<p>Психолог предлагает ребенку сделать предмет, который можно было бы использовать в определенных условиях. Ребенок не имеет перед собой образца, ему предлагаются только условия, в которых предмет должен быть использован: конструирование «кровати» для большой и маленькой кукол; конструирование «домов» для кукол разной величины; постройка улицы города; конструирование по замыслу (построй, что тебе хочется)</p>

### Программа занятий по рисованию для детей с задержкой психического развития

Этап	Задачи	Материал	Задания	Методические требования
1	Обучение элементарным граffitiческим движениям в вертикальном и горизонтальном направлениях по опорным точкам	Цветные граненые карандаши (желательно утолщенные), альбом для рисования	Рисование «ниточек» по опорным точкам в вертикальном направлении (рисование разноцветных, коротких, длинных отрезков). Рисование «дорожек» по опорным точкам в горизонтальном направлении (короткие, длинные отрезки). Рисование геометрических фигур по опорным точкам: ромб и др. Рисование лома с забором и деревом по опорным точкам	Психолог показывает, как правильно держать карандаш, расположить руку в процессе рисования. Опорные точки наносятся на бумагу до занятия. На первых занятиях следует обращать внимание на правильное держание карандаша и положение рисунок на руки. Занятия рекомендуется проводить в небольшой группе (по два-три человека). Продолжительность и количество занятий варьируют в зависимости от динамики формирования граффитиических умений. Рекомендуется поощрять ребенка за успешное выполнение заданий звездочкой, нарисованной педагогом около рисунка. После того как дети овладевают элементарными изобразительными движечками, приступают к формированию движений по следующим параметрам: склонности, направление, темпу, амплитуде
2	Обучение произвольному управлению граffitiческих движений	Альбом для рисования, угольные граненые карандаши, трафареты, изготовленные из пенопласта или картона, изображающие геометрические фигуры и фигуры животных	Рисование и окраска по трафарету квадрата и прямоугольника. Рисование и окраска по трафарету круга и овала. Рисование и окраска по трафарету треугольника и ромба. Рисование и окраска по трафарету флагиков, непредeterminedых фигур разной величины. Рисование и окраска по трафарету фигур животных	Психолог или педагог показывает ребенку, как укреплять трафарет и обводить контур фигуры. При обведении контура движения должны быть медленными, а при закрашивании — быстрыми. Сначала следует провести анализ фигуры трафарета, научить обводить его контуры указательным пальцем. Следите за осанкой ребенка. Необходимо, чтобы дети обводили контур фигуры медленно, а закрашивали фигуры быстрыми, размытыми движениями. Окраску надо проводить в соответствии с формой фигуры. Например, круг закрашивается круговыми движениями, квадрат — прямymi линиями, треугольник — наклонными. Следует учить детей произвольно регулиро-

3	Ребенок должен использовать граffitiческие умения, приобретенные в процессе рисования предметов на предыдущих занятиях. Рисование предметов с натуры, предварительно конструирование их из готовых блоков. Например, при рисовании катушки ребенок складывает пеленою фигуру из двух частей, обследует ее и после этого рисует	Альбом для рисования, цветные карандаши, геометрические фигуры, разделенные на несколько частей, объемные фигуры, разделенные на части (катушка, яйцо, пирамида и др.).	Рисование «дорожки», предварительно построенным ребенком из кирличиков разного цвета. Рисование квадрата, треугольника, предварительно построенных из палочек одинаковой величины. Рисование геометрических фигур, предварительно сложенных из частей. Рисование «домиков», предварительно сложенных из геометрических фигур. Рисование различных «воротников» (одноярусных, двухярусных), предварительно сконструированных из блоков разной величины	Занятия этого этапа рекомендуется проводить индивидуально. Если ребенок испытывает затруднения в процессе конструирования предметов, рекомендуется напомнить ему приемы конструирования. Следует сопоставлять изображенный ребенком предмет с образом.
4	Изображение предметов по замыслу. Обучение детей выделять в своих рисунках пространственные характеристики предметов – форму, величину, направление как по сле зрительного, так и после осознательного их обследования	Цветные карандаши, альбом для рисования. Предметы одинаковой фактуры из дерева: куб, пирамида, матрешка и др.	Пластмассовые бусы на ниточке, пластмассовые модели яблока, банана и др.	Занятия проводят в небольшой группе из трех-четырех человек. Следует добывать, чтобы дети в процессе осознательного и зрительного восприятия образцов проводили птиательный их анализ, называли их существенные признаки. Не забудьте напомнить детям, как нужно закрашивать рисунок: горизонтальные, вертикальные, круговые линии. Обязательно перед началом рисования предложить детям воспроизвести форму фигуры движением руки. В конце занятий необходимо сопоставить совместно с ребенком его рисунки с образцом

*На четвертом этапе* занятий ребенку предлагается свободное конструирование, на этой стадии занятий он должен самостоятельно использовать усвоенные им приемы обследования и конструирования (Мамайчук И. И., 1978)

Опыт нашей работы показал высокую эффективность использования модельного конструирования в формировании зрительно-пространственных функций, в развитии навыков самоконтроля и самокоррекции.

Параллельно с обучением конструированию детей с ЗПР мы проводим обучение рисованию. Для успешного овладения изобразительной деятельностью, в частности рисованием, необходимо развивать целый ряд способностей, среди которых важное место занимают сенсомоторные функции. Правильно изобразить предмет ребенок может только тогда, когда представляет его себе, когда владеет комплексом движений, которые позволяют ему передать форму предмета и его другие особенности. Эти два процесса тесно связаны между собой, и развитие способности только в одной области не обеспечивает успешного овладения графической деятельностью.

Наш опыт показал, что у детей с ЗПР церебрально-органического генеза трудности овладения рисованием обусловлены главным образом несформированностью их восприятия, а также двигательными нарушениями (недоразвитие мелкой моторики). В связи с этим для формирования графической деятельности у детей с ЗПР считаем необходимым:

- совершенствование целенаправленного аналитико-синтетического восприятия;
- совершенствование графических движений, направленных на воспроизведение пространственных и метрических признаков предметов (Мамайчук И. И., 1978).

На занятиях по конструированию дети достаточно интенсивно обучаются зрительному анализу и синтезу предметов, поэтому начинать занятия по рисованию мы рекомендуем с формирования графических движений (табл. 57).

Проведенные занятия по конструированию и рисованию не исчерпывают всего комплекса средств психолого-педагогической коррекции детей с ЗПР. Если дети успешно овладевают конструктивными и графическими умениями, то в дальнейшем рекомендуется продолжить обучение рисованию и конструированию по программе детского сада.



### 3.3. Упражнения для развития памяти у дошкольников с задержкой психического развития

Память детей с ЗПР отличается недостаточностью объема запоминания, трудностями приема, хранения и воспроизведения информации во всех модальностях (зрительной, слуховой, двигательной). Продуктивность непроизвольного запоминания дошкольников с ЗПР значительно ниже, чем у нормально развивающихся сверстников. Дети с ЗПР запоминают даже хуже нормально развивающихся дошкольников, которые моложе их на два-три года. Недостаточная продуктивность непроизвольной памяти у детей с ЗПР объясняется несколькими причинами. Основная из них — пониженная познавательная активность. Это отчетливо проявляется на стадии воспроизведения, когда ребенка просят припомнить тот или иной материал, хотя задача запомнить этот материал не ставилась.

Произвольные формы запоминания и воспроизведения начинают складываться в среднем дошкольном возрасте. С помощью взрослых ребенок усваивает различные мнемические приемы: учится повторять, осмысливать, связывать материал в целях запоминания, использовать связи при припомнании. Постепенно дети осознают необходимость специальных действий запоминания, овладевают умением использовать в них вспомогательные средства. Как отмечает Т. А. Власова, произвольное запоминание затруднено у дошкольников с ЗПР. Например, если старшим дошкольникам с ЗПР предложить рассмотреть и запомнить картинки, примерно две трети из них просто с интересом рассматривают иллюстрации, а потом говорят, что все запомнили, не понимая поставленной задачи. У них не сформированы специальные приемы заучивания (проговаривания вслух, повторное называние, группировка материала и т. д.). Продуктивность такого запоминания очень низка и практически равна непроизвольному запоминанию (Власова Т. А. и др., 1984).

В целом исследования отечественных психологов и педагогов показывают:

- повышенную тормозимость мнемических следов у дошкольников с ЗПР под воздействием помех;
- сниженный объем памяти;
- низкую скорость запоминания;

- меньшую, чем в норме, продуктивность непроизвольного запоминания;
- большую продуктивность непроизвольного запоминания по сравнению с произвольным;
- снижение продуктивности и устойчивости произвольного запоминания особенно в условиях значительной нагрузки;
- несформированность умения применять специальные приемы запоминания.

При этом исследования многих авторов обнаруживают, что дошкольники с ЗПР в целом владеют операциями классификации и установления смысловых связей, однако затрудняются в их использовании в качестве приемов запоминания (Егорова Т. В., 1973; Поддубная Н. Г., 1980; Подобед В. Л., 1981, 1987; Лутонян Н. Г., 1977; Егорова Т. В., 1973; Сафади Х., 1997; Деменчук Р. В., 2002; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004 и др.).

Важными направлениями психологической коррекции памяти у дошкольников с ЗПР являются:

- увеличение объема памяти в зрительной, слуховой и осязательной модальностях;
- развитие приемов ассоциативного и опосредованного запоминания предметов в процессе игровой и учебной деятельности;
- формирование произвольного запоминания с использованием правильной организации деятельности ребенка при выполнении конкретного задания, повторения инструкции взрослым, включения в инструкции показа и других действий.

В коррекционной работе можно использовать следующие упражнения для развития памяти.

### **Упражнение на развитие зрительной памяти**

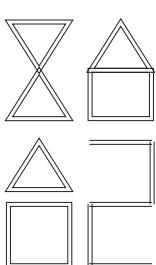


Рис. 17. Упражнение на развитие зрительной памяти

Разложите на столе перед ребенком палочки, из которых сделайте какую-либо простую фигуру (домик, квадрат, треугольник и т. д.) (рис. 17). Попросите ребенка посмотреть внимательно на эту фигуру в течение двух секунд, затем закройте эту фигуру и попросите ее повторить, сложить так же.

Усложнить это упражнение можно, складывая фигуру из палочек разного цвета. Ребенок должен запомнить расположение палочек по цвету и затем сложить фигуру



самостоятельно. Другой вариант: попросите ребенка сосчитать палочки, из которых сделана фигура, и затем сложить фигуру из такого же количества палочек. Это упражнение тренирует не только зрительную память, но и умение считать.

### «Я положил в мешок...»

Это игра на развитие слухоречевой памяти. Взрослый начинает эту игру и говорит: «Я положил в мешок яблоки». Следующий играющий повторяет сказанное и добавляет еще что-нибудь: «Я положил в мешок яблоки и бананы». Третий игрок повторяет всю фразу и добавляет что-то от себя. И т. д. Можно просто добавлять по одному слову, а можно подбирать слова, объединенные по общему признаку (фрукты, овощи и т. д.): «В саду у бабушки растут груши, сливы...» (порядок тот же). В этих играх не важно, кто становится победителем, а кто проигравшим. Главное, чтобы ребенок развивал способность вспоминать, получая от этого удовольствие.

### «Я – фотоаппарат»

Эта игра развивает зрительную память. Предложите ребенку представить себя фотоаппаратом, который может сфотографировать любой предмет, ситуацию, человека и т. д. Например, ребенок в течение нескольких секунд внимательно рассматривает все предметы, находящиеся на письменном столе. Затем закрывает глаза и перечисляет все, что ему удалось запомнить. Так можно развивать у детей не только память, но и внимание. Следует учитывать, что всегда лучше запоминается то, что интересно, поэтому нужно предлагать ребенку разные игры. Например, дать ему роль детектива или разведчика.

### Формирование приемов, помогающих запоминанию

Предложите ребенку запомнить несколько слов. 1. Если ребенок затрудняется повторить слова, которые вы ему назвали, дайте ему бумагу и цветные карандаши. Предложите к каждому слову сделать рисунок, который поможет потом вспомнить эти слова. То же самое можно попросить сделать и при прочтении фраз. Ребенок сам выбирает, что и как он будет рисовать. Главное, чтобы это помогло потом вспомнить прочитанное. Такой прием позволяет значительно повысить продуктивность запоминания. Например, называете семь фраз. 1) Мальчику холодно. 2) Де-

вочка плачет. 3) Папа сердится. 4) Бабушка отдыхает. 5) Мама читает. 6) Дети гуляют. 7) Пора спать. К каждой фразе ребенок делает рисунок. Если он спрашивает: «А что рисовать?» — объясните, что он сам может выбрать, что именно изобразить. Главное, чтобы это помогло вспомнить все фразы. После того как к каждой фразе сделан рисунок, предложите ребенку точно воспроизвести все фразы, дословно их повторить. Если возникают трудности, подскажите. На следующий день снова попросите ребенка повторить фразы с помощью его рисунков. Отметьте, сколько фраз повторяет ребенок через день, помогают ли ему рисунки. Если вспоминаются шесть-семь фраз из семи — это очень хороший результат. 2. Прочитайте ребенку небольшой рассказ, затем попросите его кратко пересказать содержание прочитанного. Если ребенок не смог этого сделать, прочтите рассказ еще раз, но попросите его обращать при этом внимание на отдельные специфические детали. Задайте ему вопрос: «О чем этот рассказ?» Попытайтесь связать прочитанное с тем, что хорошо знакомо ребенку, или с какой-то аналогичной историей, сравните эти истории (в чем сходство и различие). Отвечая на ваши вопросы, ребенок мыслит, обобщает, сравнивает, выражает свои мысли в речи, проявляет активность. Такая беседа значительно активизирует память и мышление. Попросите ребенка снова пересказать текст, и вы убедитесь в том, насколько его рассказ стал точным и осмысленным.

Для детей с ЗПР шестого и седьмого годов жизни необходимо давать специальные игры-упражнения на развитие свойств внимания. Рекомендуется проводить подобные игры с группой детей, чтобы был задействован соревновательный момент.

### **3.4. Упражнение на развитие внимания у дошкольников с задержкой психического развития**

#### **Упражнение на развитие способности к переключению внимания**

Назовите различные слова: «стол», «кровать», «чашка», «карандаш», «тетрадь», «книга», «воробей», «вилка» и т. д. Ребенок должен по договоренности отреагировать на определенные слова. Он внимательно слушает и хлопает в ладоши тогда, когда встречается слово, обозначающее, например, животное. Если ребенок сбивается, повторите задание снова. Во второй серии можно предложить, чтобы ребенок вставал каждый раз, когда, как установлено,

услышит слово, обозначающее растение. В третьей серии можно объединить первое и второе задания, то есть ребенок хлопает в ладоши при произнесении слова, обозначающего животное, и встает при произнесении слова, обозначающего какое-либо растение.

### Упражнение на развитие концентрации внимания

Для проведения занятий необходимо подготовить две пары картинок, содержащих по 10–15 различий; несколько неоконченных рисунков или рисунков с нелепым содержанием; несколько наполовину раскрашенных картинок (рис. 18, а). Сначала ребенка просят сравнить картинки в предложенной паре и назвать все их различия. Затем ему последовательно показывают неоконченные картинки и просят назвать то, что не дорисовано.

В третьем задании нужно раскрасить вторую половину картинки точно так же, как раскрашена первая половина (рис. 18, б).

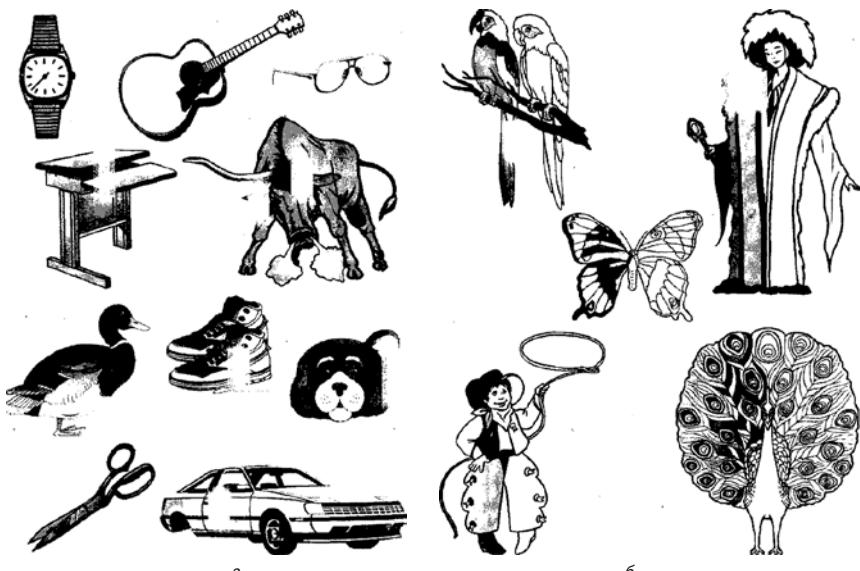


Рис. 18. Иллюстративный материал для развития концентрации внимания: а) первое и второе задание; б) третье задание

По всем трем заданиям оценивается результативность — число правильно названных различий, число названных недостающих деталей и нелепостей, а также число правильно раскрашенных деталей.

### Упражнение на увеличение объема внимания

Для проведения этого упражнения необходимы два рисунка. На верхнем рисунке в восьми квадратах определенным образом расположены точки. Ребенка просят посмотреть на первый квадрат (остальные семь квадратов закрываются) и постараться точно так же расположить эти точки в пустом квадрате (заранее подготовить рисунок с пустыми квадратами). Последовательность обозначена цифрами. Время показа одной карточки – 1–2 секунды, на воспроизведение точек отводится не более 15 секунд. Объем внимания определяется числом точек, которые ребенок смог правильно воспроизвести на любой из карточек (выбирается та из них, на которой было воспроизведено безошибочно самое большое количество точек).

### 3.5. Игры и занятия по развитию мыслительных процессов у дошкольников с задержкой психического развития

В исследованиях отечественных авторов подчеркивается недоразвитие всех компонентов мыслительной деятельности у детей с ЗПР. Авторы отмечают:

- дефицит мотивационного компонента мыслительной деятельности, что проявляется в снижении познавательной активности. Наиболее ярко эта особенность проявляется у детей с психогенной и конституциональной формами ЗПР (Лебединский В. В., 1985; Лебединский В. В., Лебединская К. С., 2004; Мамайчук И. И., 2003; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004 и др.);
- трудности регуляторно-целевого компонента мыслительной деятельности, что проявляется в сложностях при планировании, при предварительной ориентировке в заданиях. Эти черты наиболее ярко проявляются у детей с ЗПР церебрально-органического генеза и при органическом инфантилизме (Марковская И. Ф., 1983; Лебединский В. В., 1985; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004 и др.);
- нарушения динамики мыслительных процессов, что наглядно проявляется при астенических и церебростенических синдромах у детей с ЗПР соматогенного генеза и у детей с ЗПР церебрально-органического генеза;
- задержку в развитии операциональных компонентов мышления у детей с органическим инфантилизмом и с тяжелыми формами ЗПР церебрально-органического генеза в сочетании с речевым недоразвитием.



В многочисленных исследованиях отмечается, что уровень развития наглядно-действенного мышления у дошкольников с ЗПР существенно не отличается от normally развивающихся, за исключением детей с тяжелыми формами ЗПР церебрально-органического генеза. При выполнении заданий на наглядно-образное мышление многие дошкольники с ЗПР испытывают существенные трудности, однако при оказании помощи с заданиями справляются. При выполнении заданий на словесно-логическое мышление показатели успешности выполнения заданий снижаются, особенно у дошкольников с ЗПР церебрально-органического генеза с речевыми нарушениями (Блинова Л. Н., 2004; Мамайчук И. И., Шумская Н. А., 2013; Кузнецова Л. А., 2002; Стребелева Е. А., Венгер Л. А., Екжанова Е. А., 2001 и др.).

Для детей с ЗПР шестого и седьмого годов жизни необходимо проводить занятия по формированию операций словесно-логического мышления.

### **Упражнения на развитие словесно-логического мышления для дошкольников с задержкой психического развития**

#### **«Соотношение понятий»**

Подготовьте картинки, на которых были бы отражены четыре стадии развития ветки дерева — от голой зимой до осипанной ягодами осенью (рис. 19). Расположите перед ребенком эти картинки в произвольном порядке и попросите его определить порядок размещения картинок по смыслу.

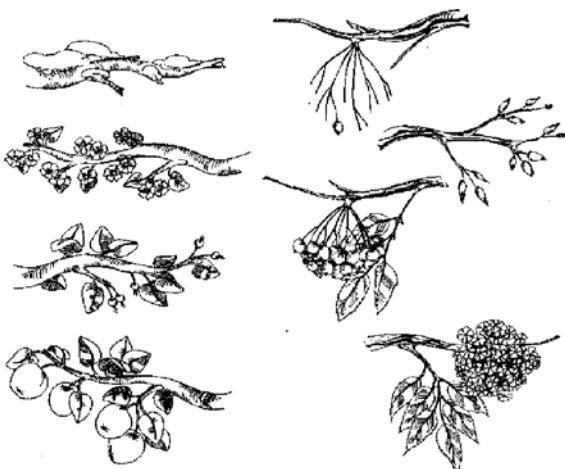


Рис. 19. Упражнение «Соотношение понятий»

Если для ребенка это задание является трудным, начните с более легкого: пять кружков, увеличивающихся на каждой картинке по размеру. Или еще вариант: пять квадратиков, которые следует разместить в обратном порядке — от самого большого до самого маленького (рис. 20).

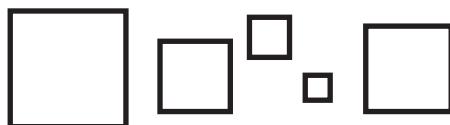


Рис. 20. Вариант упражнения «Соотношение понятий»

По аналогии придумайте еще упражнения, которые развивают умение соотносить понятия, образовывать аналогии.

### **Упражнение на развитие мыслительных процессов обобщения, отвлечения, выделения существенных признаков**

#### **«Найди лишнюю картинку»**

Подберите серию картинок, среди которых каждые три картинки можно объединить в группу по общему признаку, а четвертая — лишняя. Разложите перед ребенком первые четыре картинки и предложите одну лишнюю убрать. Спросите: «Почему ты так думаешь? Чем похожи те картинки, которые ты оставил?» Отметьте, выделяет ли ребенок существенные признаки, правильно ли группирует предметы. Если вы видите, что ребенку трудно дается эта операция, продолжайте терпеливо заниматься с ним, подбирая другие серии подобных картинок. Помимо картинок можно использовать и предметы. Главное, заинтересовать ребенка игровой формой задания.

#### **Формирование понятий и развитие гибкости мыслительных операций**

Предложите ребенку назвать как можно больше слов, обозначающих какое-либо понятие. 1) Назови слова, обозначающие деревья (береза, сосна, ель, кедр, рябина...). 2) Назови слова, относящиеся к спорту (футбол, хоккей...). 3) Назови слова, обозначающие зверей. 4) Назови слова, обозначающие домашних животных. 5) Назови слова, обозначающие наземный транспорт. 6) Назови слова, обозначающие воздушный транспорт. 7) Назови слова, обозначающие водный транспорт.



- 8) Назови слова, обозначающие овощи. 9) Назови слова, обозначающие фрукты, и т. д.

### «Говори наоборот»

1. Выучите с ребенком стихотворение.

Скажу я слово «высоко»,  
А ты ответишь — ... («низко»),  
Скажу я слово «далеко»,  
А ты ответишь — ... («близко»),  
Скажу тебе я слово «трус»,  
Ответишь ты — ... («храбрец»),  
Теперь «начало» я скажу  
Ну, отвечай — .... («конец»).

2. Предложите ребенку игру: «Я буду говорить слово, ты тоже говори, но только наоборот, например: большой — маленький». Можно использовать следующие пары слов: веселый — грустный, быстрый — медленный, красивый — безобразный, пустой — полный, худой — толстый, умный — глупый, трудолюбивый — ленивый, тяжелый — легкий, трусливый — храбрый, белый — черный, твердый — мягкий, шершавый — гладкий и т. д. Эта игра способствует расширению кругозора и сообразительности.

### «Бывает — не бывает»

Назовите какую-нибудь ситуацию и бросьте ребенку мяч. Он должен поймать мяч в том случае, если названная ситуация бывает, а если — нет, то мяч ловить не нужно. Например, вы говорите: «Кошка варит кашу» — и бросаете мяч. Ребенок не ловит его. Затем сам ребенок придумывает ситуацию и бросает мяч вам. И т. д. Ситуации могут быть разные:

Папа ушел на работу.  
Поезд летит по небу.  
Кошка хочет есть.  
Человек вьет гнезда.  
Почтальон принес письмо.  
Зайчик пошел в школу.  
Яблоко соленое.

Бегемот залез на дерево.  
Шапочка резиновая.  
Дом пошел гулять.  
Туфли стеклянные.  
На березе выросли шишки.  
Волк бродит по лесу.  
Волк сидит на дереве.  
В кастрюле варится чашка и т. д.

Программа коррекционно-развивающей работы с дошкольниками с задержкой психического развития должна отвечать следующим требованиям.

1. Программа должна опираться на результаты комплексного клинико-психологического и психолого-педагогического обследования ребенка клиницистами, психологами, педагогами, дефектологами, логопедами. На основе анализа результатов обследования специалисты отражают направления работы с ребенком в зависимости от структуры, степени тяжести когнитивных и эмоциональных нарушений, а также клинической формы ЗПР.

2. Важным направлением коррекционно-развивающей работы с дошкольниками с ЗПР является формирование произвольной регуляции деятельности в процессе конструирования, рисования, специальных моторных, сенсорно-перцептивных заданий.

3. Коррекционно-развивающая работа должна проводиться в контексте игровой деятельности, доступной дошкольнику с ЗПР.

4. Для детей со всеми клиническими формами ЗПР коррекционно-развивающая работа должна быть направлена на формирование познавательной активности, что предполагает проблемный и занимательный характер занятий.

5. Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками с ЗПР должна проводиться в тесном сотрудничестве психолога с другими специалистами, сопровождающими ребенка, а также с его родителями.

6. Определяющим звеном коррекционно-развивающей работы с дошкольниками с ЗПР является формирование у них когнитивного потенциала в процессе предметно-практической и игровой деятельности, включая обучение программированию, регуляции, самоконтролю и самооценке своей деятельности.

7. При составлении психокоррекционных программ и методических подходов к занятиям необходимо выделить ведущие



симптомокомплексы, оказывающие негативное влияние на дошкольников с ЗПР, а именно: специфику эмоционально-волевых нарушений, коммуникативный потенциал ребенка, особенности родительских отношений и стилей семейного воспитания.

Следует подчеркнуть, что коррекционно-развивающая работа с дошкольниками с ЗПР должна быть направлена не только на формирование предпосылок интеллекта (когнитивных функций — внимание, память, мыслительные операции), а также на развитие эмоционально-волевой сферы. Эти проблемы описаны в третьей части учебного пособия.

---

## **Глава 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

---

### **4.1. Психологическая коррекция гностических процессов младших школьников с задержкой психического развития**

Основной целью психологической коррекции младших школьников с ЗПР является оптимизация их интеллектуальной деятельности, поэтому психокоррекционная работа должна быть направлена на формирование позитивной мотивации к познанию и стимуляцию гностических процессов.

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

Для удобства анализа нарушения познавательной деятельности целесообразно выделить три ее основных блока: мотивационный, регуляторный и блок самоконтроля (табл. 58).

Психокоррекционные занятия с детьми с ЗПР по формированию гностических процессов могут проводиться как индивидуально, так и в группе. Важным фактором эффективности психокоррекционных воздействий выступает единство требований

**Направления и задачи психологической коррекции детей с различными формами задержки психического развития**

<b>Наименование блока</b>	<b>Содержание блока</b>	<b>Психокоррекционные задачи</b>	<b>Способы реализации</b>	<b>Формы задержки психического развития</b>
Мотивационный	Неумение выделить, осознать и принять цели действия	Формирование познавательных мотивов	Создать игровые, проблемные учебные ситуации (игра в уроки); стимулировать активность детей на занятиях. При этом обращают внимание на тип семейного воспитания	Простой психофункциональный инфантлизм, психогенные формы ЗПР
Регуляции	Неумение планировать свою деятельность во времени и по содержанию	Обучение планированию своей деятельности	Предварительно организовать ориентировку в заданиях; проанализировать используемые способы деятельности; обучить продуктивным видам деятельности (конструированию, рисованию, лепке, моделированию); использовать дидактические и развивающие игры	Соматогенная форма ЗПР, органический инфантлизм, ЗПР периферально-органического генеза
Контроля	Неумение контролировать свои действия и вносить необходимые корректировки по ходу их совершения	Обучение контролю по результатам деятельности; обучение контролю по способу деятельности; обучение контролю в процессе деятельности	Провести дидактические игры и выполнить упражнения на внимание, наблюдательность, память; обучить конструированию и рисованию по моделям	ЗПР периферально-органического генеза; соматогенная форма ЗПР; психогенная форма ЗПР

к ребенку со стороны педагога, психолога и других специалистов. Это успешно достигается при четкой организации повседневной жизни, тщательном соблюдении режима дня.

Основными направлениями психокоррекционных воздействий для младших школьников с ЗПР являются формирование у них произвольного внимания, памяти и оптимизация мыслительных процессов.

#### *4.1.1. Развитие произвольного внимания*

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

Как отмечалось выше, при всех формах ЗПР наблюдается недоразвитие произвольного внимания. Различные свойства внимания оказывают неодинаковое влияние на успешность обучения детей по разным предметам. Например, при овладении математикой ведущая роль принадлежит объему внимания, а успешность усвоения русского языка связана с точностью распределения внимания, обучение чтению — с устойчивостью внимания (Ануфреев А. Ф., Костромина С. Н., 1997; Костромина С. Н., 2008, 2009). Все это имеет большое значение в организации психокоррекционного процесса и подборе психотехнических приемов. Например, для формирования распределения внимания можно использовать тексты, а для развития объема — цифры и различные математические задачи.

Кроме того, разные свойства внимания развиваются неодинаково и по-разному проявляются у младших школьников с различными формами ЗПР. Например, у детей с простым психофизическим инфантилизмом, соматогенной и психогенной формами ЗПР объем внимания существенно не отличается от объема у здоровых детей (Сафади Хасан, 1997). Распределение и устойчивость внимания вызывают особые трудности



не только у детей с ЗПР церебрально-органического генеза, но и у детей с другими формами ЗПР.

Эффективность психокоррекции внимания у детей с ЗПР в значительной мере определяется индивидуально-типологическими особенностями, в частности свойствами высшей нервной деятельности. В психологии установлено, что разные сочетания свойств нервной системы могут способствовать или, напротив, препятствовать оптимальному развитию характеристик внимания (Небылицын В. Д., 1990 и др.). Например, у детей с сильной и подвижной нервной системой наблюдается устойчивое, легко распределяемое и переключаемое внимание, а у детей с инертной и слабой нервной системой – неустойчивое, плохо распределяемое и переключаемое.

Таким образом, в процессе психокоррекции необходимо учитывать и форму ЗПР, и индивидуально-типологические особенности каждого ребенка, а сам процесс коррекции должен проводиться в контексте деятельности, доступной ребенку.

Психотехнические приемы, направленные на оптимизацию и стимуляцию внимания у детей с ЗПР, многообразны, и применять их можно не только в процессе занятий с психологом, но и в процессе учебной деятельности. Например, одним из наиболее часто используемых приемов является словарный диктант с комментированием, предложенный С. С. Левитиной. Этот метод направлен на повышение устойчивости внимания (Левитина С. С., 1980; Дубровина И. В., 1997). Словарный диктант могут проводить педагоги в процессе урока с детьми младшего школьного возраста. Учитель произносит вслух слово. Затем вызывает нескольких учащихся, каждый из которых называет поочередно приставку, корень, суффикс, окончание, объясняя попутно их правописание. Если школьники еще не знакомы с таким разбором слова, можно попросить их назвать, сколько слогов в слове, сколько гласных букв, сколько согласных, сколько звуков и т. п. После этого учитель предлагает детям взять ручки и записать прокомментированное слово. Затем следует напомнить учащимся, чтобы они положили ручки, и начинается работа над следующим словом.

При использовании этого методического приема следует соблюдать следующие условия:

- ведущий читает каждое слово только один раз;
- дети могут взять ручки только после прослушивания комментариев;

- ведущий внимательно следит за тем, чтобы дети не заглядывали в тетради друг к другу. Если ребенок не может записать слово после комментариев, ему разрешается сделать прочерк. При этом детей предупреждают, что прочерк приравнивается к ошибке;
- перед началом работы целесообразно показать на нескольких примерах, как надо выполнять задание. Например, для комментированного письма выбрано слово «пересадили». Ведущий читает это слово, а затем вызывает нескольких учащихся, каждый из которых называет поочередно приставку, корень, суффикс, окончание, объясняя их правописание. После этого преподаватель предлагает детям взять ручки и записать прокомментированное слово (Дубровина И. В., 1998).

Анализируя структуру комментированного письма, С. Н. Калинникова выделила семь основных стадий этой деятельности, соблюдение которых обеспечивает безошибочность ее выполнения (цит. по: Дубровина И. В. и др., 1998):

- первичное восприятие произносимого слова;
- самостоятельный анализ правописания орфоэпического образа слова;
- прослушивание комментариев;
- представление орфографии слова в соответствии с комментированием;
- уточнение первичного анализа правописания с комментированием;
- написание слова в соответствии с его орфографией;
- проверка написанного слова в соответствии с комментированием.

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

Занятия по формированию внимания проводятся как обучение «внимательному письму» и строятся на материале текстов, содержащих разные типы ошибок «по невнимательности»: подмена или пропуск слов в предложении, подмена или пропуск букв в слове, слитное написание слова с предлогом



и др. Как показали исследования авторов, наличие текста-образца, с которым необходимо сравнивать ошибочный текст, не является достаточным условием для точного выполнения заданий по обнаружению ошибок. Для преодоления глобального восприятия и формирования контроля за текстом нужно учить детей читать с учетом элементов на фоне понимания смысла целого. Вот как описывает П. Я. Гальперин этот основной и наиболее трудоемкий этап работы: «Детям предлагали прочесть отдельное слово (чтобы установить его смысл), а затем разделить его на слоги и, читая каждый слог отдельно, проверить, соответствует ли он слову в целом. Подбирались самые разные слова (и трудные, и легкие, и средние по трудности). Вначале слоги разделялись вертикальной карандашной чертой, затем черточки не ставились, но слоги произносились с четким разделением (голосом) и последовательно проверялись. Звуковое разделение слогов становилось все короче и вскоре сводилось к ударениям на отдельных слогах. После этого слово прочитывалось и проверялось по слогам про себя („первый — правильно, второй — нет, здесь пропущено... переставлено“). Лишь на последнем этапе мы переходили к тому, что ребенок прочитывал все слово про себя и давал ему общую оценку (правильно — неправильно; если неправильно, то разъяснял почему). После этого переход к прочтению всей фразы с ее оценкой, а потом и всего абзаца (с такой же оценкой) не составляли особого труда» (Гальперин П. Я., 1987).

Важным моментом процесса формирования внимания является работа со специальной карточкой, на которой выписаны правила проверки, порядок операций при проверке текста. Наличие такой карточки является необходимой материальной опорой для овладения полноценным действием контроля. По мере интериоризации и свертывания действия контроля обязательность использования такой карточки исчезает. Для обобщения сформированного действия контроля оно отрабатывается затем на более широком материале (картинки, узоры, наборы букв и цифр). После этого, при создании специальных условий, контроль переносится из ситуации экспериментального обучения в реальную учебную деятельность. Таким образом, метод поэтапного формирования позволяет получить полноценное действие контроля, то есть сформированность внимания.

Например, детям предлагаются следующие тексты (Гальперин П. Я., Кабыльница С. Л., 1974).

На Крайнем Юге нашей страны не росли овощи, а теперь растут.  
В огороде выросло много моркови.  
Под Москвой не разводили, а теперь разводят.  
Бешал Ваня по полю, да вдруг остановился.  
Грачи вют гнезда на деревьях.  
На новогодней елке висело много игрушек.  
**Гров червей на пашне.**  
Охотник вечером с охоты.  
В тетради Раи хорошие отметки.  
На школьной площадке играли дети.  
Мальчик мчался на лошади.  
В траве стречет кузнец.  
Зимой цвела в саду яблоня.  
Старые лебеди склонили перед ним горые шеи.  
Взрослые и дети толпились на берегу.  
Внизу над ними расстилалась ледяная пустыня.  
В ответ я киваю ему рукой.  
Солнце доходило до верхушек деревьев и трятались за ними.  
Сорняки шипучи и плодовиты.  
Настоле лежала карта нашего города.  
Самолет сюда, чтобы помочь людям.  
Скоро удалось мне на машине.

Работа проводится следующим образом. Каждому ребенкудается отпечатанный на листочке текст и сообщается инструкция: «В тексте, который вы получили, есть разные ошибки, в том числе и смысловые. Найдите их и исправьте». Каждый ученик работает самостоятельно, на выполнение задания отводится определенное время. При анализе результатов важным является не только количественный подсчет найденных исправленных и необнаруженных ошибок, но и то, как ученики выполняют работу: сразу включаются в задание, обнаруживая и исправляя ошибки по ходу чтения; долго не могут включиться, при первом чтении не обнаруживают ни одной ошибки; исправляют правильное на неправильное и др.

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



## Психотехнические приемы, направленные на увеличение объема внимания

Объем внимания — это количество элементов, одновременно воспринятых за один акт восприятия (Психологический словарь, с. 49). При зрительной экспозиции объектов в течение 0,1 с человек в среднем может воспринимать 5–9 отдельных элементов (букв и т. п.). Недоразвитие объема внимания часто наблюдается у детей с ЗПР церебрально-органического генеза. Занятия с детьми можно проводить как индивидуально, так и в группе. Кроме того, рекомендуется самостоятельное проведение занятий. Рассмотрим для примера занятия по формированию объема внимания у детей младшего школьного возраста, предложенные А. Ф. Ануфриевой и С. Н. Костроминой (1997).

### Задания на развитие объема внимания

#### Задание 1

Оборудование: эпидиаскоп (или компьютер).

Бессмысленные слова, содержащие от 3 до 9 согласных букв:

РКБЛ	КТЦМ
ЖКПРЧ	ДЗНТК
КПТНСД	ШРВТБЧ
ДПВ	ШГС
БМДРКЛФ	МВХШТСГ
СТПЦГВДК	ЖГВПРМТК
МВПКШЛЧХБ	БРНЦДКСЧГ

#### Задание 2

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

СТОЛ, ЧАШКА, МАШИНА, КОНФЕТА, КАРАНДАШ,  
ТЕЛЕВИЗОР, МАГНИТОФОН, МОТОЦИКЛИСТ,  
КОМАНДИРОВКА, ВАЗА, ПЛИТА, СОЛНЦЕ,  
ЧЕРНИЛА, ПИСТОЛЕТ, СПЕКТАКЛЬ, АВТОМОБИЛЬ,  
КОНСТРУКТОР, ВЕЛОСИПЕДИСТ.

#### Задание 3

Предложения, содержащие от 5 до 16 букв:

Я БЕГУ.	ЧТО ТЫ.
ДАЙ МНЕ.	Я ПЛЫВУ.
ДЫМ ИДЕТ.	ЛЕНЬ МНЕ.
ДВОР ЧИСТ.	ОДИН ВОИН.

ЧТО ДЕЛАТЬ?	ПТИЦА ПОЕТ.
УЧЕНЬЕ – СВЕТ.	ДЕЛУ – ВРЕМЯ.
ВСЕ ПО КОЛЕНО.	ВОДА В РЕШЕТЕ.
РАБОТА НЕ ВОЛК.	СЛОВО – СЕРЕБРО.
СЧАСТЬЕ В ТРУДЕ.	ВСЕМ НЕ УГОДИШЬ.

Задания предъявляются в порядке возрастания количества букв. На занятии можно использовать как одно задание из этой серии, так два и три. Содержание занятий может меняться в зависимости от возрастных и клинико-психологических особенностей.

### Упражнения по формированию объема внимания на цифровом материале

Оборудование: секундомеры, указки, четыре цифровые таблицы с числами. Количество цифр изменяется по мере увеличения объема внимания от занятия к занятию. Первоначально же таблицы включают числа от 1 до 9, затем их количество доводится до 25. Цифры разбросаны в случайном порядке.

Таблицы:

1 7 4	3 2 5	9 5 8	6 9 3
9 5 2	1 8 6	4 1 6	2 5 8
3 6 8	7 9 4	3 7 2	4 7 1

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

Психолог фиксирует время и количество допущенных ошибок.

### «Пуговица»

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



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

Как правило, занятия на концентрацию внимания проводятся индивидуально или в небольшой группе. Необходимо проводить занятия в игровой форме. Для занятия потребуются секундомеры, специальные бланки: перепутанные линии, корректурные бланки (цифровые и буквенные), вырезки из текстов (можно использовать любые печатные тексты: старые ненужные книги, газеты и др.), карандаши и ручки. Для детей 6–11 лет желательно использовать тексты с крупным шрифтом. Например, корректурное задание «Шифровка».

Ребенку предлагают находить и вычеркивать определенные буквы в печатном тексте. Перед началом выполнения задания психолог дает соответствующую установку. Например: «Вот тебе шифровка, ты разведчик и должен как можно быстрее вычеркнуть отдельные буквы. От результата твоей работы зависит очень многое. Ты должен выполнить задание как можно быстрее и передать этот бланк своему товарищу, потом он должен быстро найти допущенные ошибки». Такая установка оптимизирует процесс работы, дает ребенку возможность развивать состояние внутреннего сосредоточения. Выполнение корректурных заданий способствует развитию концентрации внимания и самоконтроля при выполнении письменных работ.

Корректурные упражнения с детьми с ЗПР должны проводиться ежедневно по 5 минут (минимум 5 раз в неделю) в течение 2–4 месяцев. Ребенку обязательно предлагаются домашние задания. Например, в течение 5 минут нужно найти и зачеркнуть все встретившиеся буквы А (можно указать любую букву). По мере овладения заданием правила усложняются: меняются отыскиваемые буквы; по-разному зачеркиваются и др.; одновременно отыскиваются две буквы, одна — зачеркивается, вторая — подчеркивается; на одной строке буквы обводятся кружочком, на второй — отмечаются галочкой и т. п. Все вносимые изменения должны четко отражаться в инструкции, даваемой в начале занятия.

Опыт нашей работы показал, что уже через месяц при ежедневных занятиях у ребенка с ЗПР наблюдается сокращение ошибок в письменных заданиях.

Упражнения на концентрацию внимания целесообразно проводить в соревновательной форме.

### **Групповое занятие на концентрацию внимания**

В группе из 3–5 человек предлагается внимательно рассмотреть предметы, которые показывают в течение одной-двух минут (например, ручка, карандаш, футляр, камешки, небольшая кукла, машинка и др.). Затем предметы закрывают и просят детям подробно описать каждый предмет: его величину, форму, цвет и другие признаки. Дети описывают выделенные признаки на листе бумаги, затем психолог оценивает количество выделенных признаков каждым ребенком. Выигрывает тот, кто описал самое большое число признаков предметов.

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

В процессе психологической коррекции необходимо использовать упражнения на концентрацию внимания не только в зрительной, но в слуховой, осязательной и двигательной модальностях.

*Для коррекции концентрации внимания в слуховой модальности* целесообразно использовать **арифметические диктанты**. Занятия проводятся с небольшой группой детей.

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

Содержание задач зависит от возраста и подготовленности детей. Например, задачи для первоклассников: «Даны два числа: 6 и 3. Сложите первое число и второе и от полученного числа отнимите 2. Затем отнимите еще 4. Для детей более старшего возраста задачи усложняются. Например: «Даны два числа: 56 и 92. Вторую цифру первого числа разделите на вторую цифру второго числа. Полученное число умножьте на первую цифру второго числа. Пишите». Рекомендуется детям самим придумывать задачи и в процессе игры задавать их друг другу

Эти упражнения оказались очень эффективны для детей с ЗПР. Однако для детей с ЗПР церебрально-органического генеза их выполнение вызывает значительные затруднения. В связи с этим необходимо соблюдать принцип от простого



к сложному. На первых этапах психолог предлагает наиболее доступные ребенку задачи, правильное выполнение которых обязательно должно поощряться.

*Распределение внимания* — это способность выполнять две работы одновременно. Ниже приводятся задания для коррекции недостаточности распределения внимания.

### Задание 1

Ребенку предлагают прочитать небольшое предложение. Чтение сопровождается негромким постукиванием карандашом по столу. Ребенок должен запомнить текст и сосчитать количество ударов.

### Задание 2

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

### Задание 3

Распределение цифр в определенном порядке.

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

### Задание 4. «Найди слова»

Используются карточки с написанными словами, в каждом из которых нужно отыскать другое, спрятавшееся в нем, слово (методика Мюнстерберга и ее модификации). В бессмысленный набор букв вставляются слова (чаще — существительные, но могут быть глаголы, прилагательные, наречия). Требуется отыскать их как можно быстрее и без ошибок. На выполнение всего задания отводится 5 минут. Показателем успешности может служить число правильно найденных слов и скорость выполнения задания.

Пример задания: ЯФОУФСНКОТПХЬАБЦРИГЬМЩЮ-САЭЕЫМЯЧЛОЙРЪГНЖРЛАКГДЗПМЫЛОАКМНПР-СТУРФРШУБАТВВГДИЖСЯИУМАМАЦПЧУЩМОЖБР-ПТЯЭЦБУРАНСГЛКЮГБЕИОПАЛКАФСПТУЧОСМЕТЛАО-УЖЫЕЛАВТОБУСИОХПСДЯЗВЖ

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

### **Задание 1**

Для занятий используются таблицы с черными и красными цифрами в различных расположениях. Занятия включает три этапа.

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

2-й этап — рассмотреть таблицу и найти все числа красного цвета в обратном порядке;

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

После того как у ребенка будут удовлетворительные результаты по предложенному выше количеству цифр, их число можно увеличить до 16, затем до 24, затем до 40 и т. д. Задания можно модифицировать, заменив цифры буквами русского или латинского алфавита.

### **Задание 2. «Каждой руке — свое дело»**

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

### **Задание 3**

Корректурные задания с чередованием правил вычеркивания букв. Например, первые пять минут ребенок вычеркивает букву С, следующие пять минут — З, затем поочередно вычеркивает букву С вертикальной линией, а З — горизонтальной, еще через пять минут наоборот.

### **Задание 4. «Заметь все»**

Раскладывают в ряд 7–10 предметов (можно выставить картинки с изображениями предметов на наборном полотне), которые затем закрывают. Приоткрывают предметы на 10 секунд, снова



закрывают их и предлагают детям перечислить все предметы (или картинки), которые они запомнили. Приоткрыв снова эти же предметы секунд на 8–10, спрашивают у детей, в какой последовательности они лежали. Поменяв местами два любых предмета, снова показывают все на 10 секунд. Предлагают детям определить, какие предметы переложены; не глядя на предметы, сказать, какого цвета каждый из них. Можно придумать и другие варианты этой игры: убирать предметы и просить детей называть исчезнувший; располагать предметы не в ряд, а, например, один на другом, с тем чтобы дети перечислили их по порядку снизу вверх, а затем сверху вниз и т. п.

### **Задание 5. «Ищи безостановочно»**

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

#### *4.1.2. Развитие памяти*

Как отмечалось выше, недоразвитие памяти является характерным признаком при всех формах задержки психического развития. Специфика и степень тяжести недостаточности памяти в значительной степени зависят от формы ЗПР. У детей с психофизическим инфантилизмом наблюдаются уменьшение объема и скорости запоминания; неумение рационально организовать и контролировать свою работу; преобладание зрительной памяти над слуховой. У детей с ЗПР соматогенно-генеза отмечается недоразвитие кратковременной памяти, что проявляется в снижении скорости и объема запоминания, в медленном нарастании его продуктивности. Для детей с ЗПР церебрально-органического генеза характерны разнообразные нарушения памяти: повышенная тормозимость следов под воздействием помех и внутренней интерференции; неумение рационально организовывать и контролировать свою работу, уменьшение скорости запоминания; недоразвитие памяти по модально-специальному типу (недоразвитие зрительной или слуховой памяти); недоразвитие зрительно-пространственной памяти. У детей с психогенной формой ЗПР выраженные нарушения памяти не наблюдаются. Их запоминание отличается высокой избирательностью и продуктивностью и в значительной степени зависит от мотивации.

Однако у детей с любой формой ЗПР есть одна общая особенность — это неумение рационально организовывать и контролировать процесс запоминания, а также применять различные мнемотехнические приемы. Главной задачей психокоррекционной работы с детьми с ЗПР, таким образом, является формирование специальных приемов запоминания, то есть развитие логической памяти.

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

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

### **Развитие способности детей к воссозданию мысленных образов**

Занятие проводится индивидуально в два этапа. На первом этапе ребенку необходимо использовать графическое изображение понятия. Инструкция: «Попробуйте к каждому из названных слов сделать какой-либо рисунок». Примерный перечень слов: «грузовик», «гнев», «веселая игра», «дерево», «наказание», «умная кошка», «мальчик — трус», «капризный ребенок», «хорошая погода», «интересная сказка» (серия 1). На втором этапе предъявляются слова или фразы, которые ребенок



должен запомнить без рисунков. Используются стимулы: «веселый праздник», «темный лес», «отчаяние», «смелость», «глухая старуха», «радость», «болезнь», «быстрый человек», «печаль», «теплый вечер» (серия 2).

### Мысленные образы и эмоции

---

Занятие проводится в небольшой группе детей.

Инструкция: «Я вам буду говорить фразу, а вы после каждой фразы закройте глаза и представьте себе соответствующую картинку». Фразы: «Лев, нападающий на антилопу». «Собака, виляющая хвостом». «Муха в вашем супе». «Овсяное печенье в коробке в форме ромба». «Молния в темноте». «Пятно на вашей любимой рубашке или юбке». «Капли, сверкающие на солнце». «Крик ужаса в ночи». «Друг, ворующий вашу любимую игрушку». После прочтения фраз ребенку предлагается взять листок бумаги, вспомнить и написать названные фразы. На последующих занятиях можно предъявлять фразы в зрительной модальности (на специальных карточках).

Для развития зрительно-моторной и зрительной памяти можно использовать поэтапную работу с образцами. Сначала ребенок работает с постоянной зрительной опорой на образец. Затем время рассматривания образца сокращается до 15–20 секунд (в зависимости от сложности предлагаемой работы), но так, чтобы ребенок успел рассмотреть и запечатлеть образец. Этот вид упражнений целесообразно проводить в процессе таких продуктивных видов деятельности, как конструирование, рисование, лепка, аппликация. Похожие упражнения легко придумать самим, варьируя условия, материал и сюжет игр на развитие зрительно-моторной и зрительной памяти.

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

При развитии логических приемов запоминания могут быть использованы смысловое соотнесение, классификация, выделение смысловых опор и составление плана и др. Исследования психологов показывают, что обучение мнемическому приему, в основе которого лежит умственное действие, должно включать два этапа: а) формирование самого умственного действия;

б) использование его как мнемического приема, средства запоминания. Например, прежде чем использовать прием классификации для запоминания материала, необходимо овладеть классификацией как самостоятельным умственным действием. Для развития логической памяти рекомендуется использовать следующие задания и упражнения.

### **Развитие памяти на основе мнемического приема «группировка»**

**Цель:** познакомить детей с приемами группировки. Показать преимущество запоминания с использованием этого приема.

Занятия проводятся в группе. Психолог читает ряд букв, просит детей запомнить их и записать. Например, В, Л, О, Ш, Э, Р, И, К. После этого психолог рассказывает о мнемическом приеме «группировка», то есть об объединении букв в группы, удобные для чтения (ВЛОШ – ЭРИК).

#### **Задание**

Детям дается задание запомнить ряд гласных букв: А, У, И, О, Е, Е. Затем рассказывается о мнемическом приеме: надо разделить буквы на две или три группы и пропеть «песенку», делая остановки в конце каждой группы (АУИ-ОЕЕ).

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

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

### **Обучение детей мнемическому приему «группировка по смыслу»**

Занятие проводится в группе. Детям предлагаются слова: «зима», «ель», «птица», «лес», «гнездо», «река», «снег», «рыба». Психолог рассказывает о том, что для лучшего запоминания эти слова надо объединить в пары по смыслу. Дети коллективно обсуждают и подбирают смысловые пары. Например, «снег – зима»; «ель – лес» и др. После этого предлагаются другие слова для запоминания: «нога», «лицо», «обувь», «море», «часы», «лодка», «стрелки», «нос», «дом». Чтобы закрепить усвоенный прием, психолог предлагает разнообразные слова и картинки для запоминания.



### **Задание на развитие памяти на основе мнемического приема «группировка по ассоциации»**

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

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

3-й этап. Ребенку зачитываются пары слов, которые необходимо запомнить: «диван — тигр», «девочка — брат», «небо — земля», «глаз — муха», «озеро — верблюд», «ковер — цветок», «цыпленок — стол». Затем психолог зачитывает первое слово, а дети дополняют второе слово. После окончания задания дети обсуждают свои результаты.

### **Задание на развитие памяти на основе мнемического приема «классификация»**

Психолог зачитывает набор слов (10–15), которые можно разбить на группы по различным признакам (посуда, одежда, животные и т. д.), а затем просит назвать запомнившиеся слова. Характер воспроизведения будет свидетельствовать о степени сформированности механизмов обобщения, являющихся базой для развития логической памяти. Если ребенок не может выделить смысловые группировки, а старается запоминать слова механически, то рекомендуется объяснить ему и показать, что для запоминания целесообразно объединять слова в группы по смыслу. Аналогичный способ запоминания можно предложить при запоминании различных предметов, цветов, последовательности событий.

### **Обучающая методика «Смысловые единицы» (Мальцева К. П., 1958)**

**Цель:** обучение выделению главного звена в тексте. Чтобы вычленить главное, ребенок должен последовательно ответить на два вопроса: «О ком (или о чем) говорится в тексте?» и «Что говорится (сообщается) об этом?». Ответ на первый вопрос позволяет выделить главное в тексте, к которому он относится, а второй вопрос подтверждает правильность это-

го выделения. Обучающая методика состоит из двух частей: первая часть — выделение смысловых опор, вторая часть — составление и использование плана как смысловой опоры мнемической деятельности школьника.

**Часть I.** Обучение созданию мнемических опор. Инструкция: «Сейчас мы будем учиться запоминать текст. Сначала нужно прочитать рассказ, а потом выделить главные мысли этого рассказа. Для этого нужно несколько раз задать два вопроса к тексту: о ком (или о чем) говорится в начале текста и что об этом говорится? После того как ответишь на эти вопросы, их снова надо задать: о ком (или о чем) говорится дальше и что об этом говорится? И так будем работать до конца текста. Все ли тебе ясно?» Для чтения и последующей работы дается, например, рассказ «Заячий лапы»: «Летом дед пошел на охоту в лес. Ему попался зайчонок с рваным левым ухом. Дед выстрелил в него из ружья, но промахнулся. Заяц удрил. Дед пошел дальше. Но вдруг испугался: с одной стороны сильно тянуло дымом. Поднялся ветер. Дым густел. Дед понял, что начался лесной пожар и огонь быстро идет прямо на него. По словам деда, и поезд не мог бы уйти от такого огня. Дед побежал по кочкам, дым выедал ему глаза. Огонь почти хватал его за плечи. Вдруг из-под ног выскоцил заяц. Он бежал медленно и волочил задние лапы. Потом только дед заметил, что они у зайца обгорели. Дед обрадовался зайцу как родному. Он знал, что звери лучше человека чуют, откуда идет огонь, и всегда спасаются. Они гибнут тогда, когда огонь их окружает. Дед побежал за зайцем. Он бежал, плакал от страха и кричал: „Погоди, милый, не беги так шибко!“ Заяц вывел деда из огня. Заяц и дед выбежали из леса к озеру. Оба упали от усталости. Дед подобрал зайца и принес домой. У зайца обгорели задние ноги и живот. Заяц страдал. Дед вылечил его и оставил у себя. Это был тот самый зайчонок с рваным левым ухом, в которого стрелял дед на охоте».

После чтения рассказа задаются вопросы. Общие правила выделения мнемических опор:

- 1) текст предварительно не разбивается на части;
- 2) главные мысли выделяются по ходу чтения материала;
- 3) части формируются сами собой вокруг главных мыслей;
- 4) главные мысли текста должны иметь единую смысловую связь — «ручеек»;
- 5) правильно выделенные основные мысли должны составить короткий рассказ;



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

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

Через 3–4 занятия оба вопроса «О ком (или о чем) говорится?» и «Что про это говорится?» сливаются в один и пропадает потребность задавать их вслух. Обучающая методика по созданию мнемических опор занимает 5–7 занятий с частотой 2–3 занятия в неделю по 20–30 минут. Запомнить и пересказать короткий рассказ (да еще об основном) не составит труда для любого ребенка с нормальным интеллектом. Но мнемическую деятельность можно сделать более эффективной, используя вторую часть методики.

**Часть II.** Эта часть методики направлена на обучение составлению плана как смысловой опоры запоминания. Выделенные главные мысли представляют собой не просто коротенький рассказ об основном, но могут являться планом текста. При составлении плана надо придерживаться следующих правил: а) в пунктах плана должны быть выражены главные мысли, чтобы было понятно, о ком (или о чем) и что говорится в каждой части рассказа; б) пункты должны быть связаны между собой по смыслу; в) пункты должны быть четко выражены. Последнее требование означает, что пункт плана должен быть сформулирован в виде предложения, в котором есть подлежащее, сказуемое и другие члены. Такое развернутое предложение действительно выражает главную мысль. И, кроме того, план — это только инструмент, и каждый может выбрать такой инструмент, который ему больше нравится и позволяет достигнуть цель — запомнить. После того как план составлен, нужно прочитать текст и отметить, что же говорится по первому пункту, по второму и т. д. Затем учебник закрывают и пробуют пересказать вслух все, что запомнили, подглядывая в план (но не в учебнике). Затем следует прочитать текст еще раз, отмечая, что забылось при пересказе, а что помнится, и еще раз пересказать вслух.

Опыт нашей работы показывает высокую эффективность коррекционных занятий по формированию мнемических операций для детей с задержкой психического развития. В процессе занятий необходимо учитывать не только уровневые и специфические характеристики памяти ребенка, а также уровень

сформированности его мыслительных операций. Занятия следует проводить поэтапно. Обязательным условием эффективности работы является формирование позитивной установки, развитие мотивационной основы деятельности. Это успешно достигается в процессе игровой ситуации, группового взаимодействия детей.

#### *4.1.3. Оптимизация мыслительных процессов*

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

1. Дети с нормальным уровнем развития мыслительных операций, но сниженной познавательной активностью, что наиболее часто встречается при ЗПР психогенного генеза.

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

3. Дети с умеренно выраженной познавательной активностью, но с выраженным недоразвитием продуктивности мыслительных операций.

4. Дети с сочетанием низкого уровня продуктивности и выраженным недоразвитием познавательной активности (осложненный психический инфантилизм, выраженная ЗПР церебрально-органического генеза).

Отставание в развитии мыслительных операций — одна из основных черт, отличающая детей с задержкой психического развития от нормально развивающихся сверстников. Недоразвитие мыслительной деятельности у детей с ЗПР проявляется во всех компонентах. Дефицит мотивационного компонента обуславливает низкую познавательную активность. Недостаточность регуляторного компонента затрудняет постановку цели, планирование действий и негативно влияет на продуктивность мышления. У детей с ЗПР наблюдаются признаки несформированности операциональных компонентов мышления: анализа, синтеза, обобщения, сравнения, классификации, систематизации, аналогии, абстрагирования. И наконец, для детей с ЗПР характерно недоразвитие динамики мыслительных процессов и их гибкости (Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004).

В исследованиях З. И. Калмыковой (1978, 1981) описаны трудности, которые испытывают дети с ЗПР при выполнении задач проблемного характера. Другие авторы отмечают инерт-



ность мыслительных процессов (Пускаева Т. Д., 1980), несформированность антиципирующего анализа, недостаточность подвижности мыслительных операций (Жаренкова Г. И., 1984; Блинова Л. Н., 2003; Бабкина Н. В., 2006 и др.). Большинство исследователей подчеркивают неоднородность развития мыслительных операций у детей с ЗПР. Все это определяет необходимость дифференцированного подхода к анализу мышления у детей с учетом формы ЗПР и степени тяжести.

Традиционно выделяются три уровня развития мышления: наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое. *Наглядно-действенное мышление* характеризуется неразрывной связью мыслительных процессов с практическими действиями. Оно активно формируется в раннем дошкольном возрасте в процессе овладения игровой деятельностью, которая должна быть определенным образом организована и протекать под контролем и при специальном участии взрослого. У некоторых детей с ЗПР, особенно в преддошкольном возрасте, отмечается недоразвитие наглядно-действенного мышления, обнаруживающееся в несформированности предметно-практических манипуляций. Наглядно-действенное мышление активно развивается у детей с ЗПР в дошкольном возрасте.

*Наглядно-образное мышление* характеризуется тем, что решение мыслительных задач происходит в результате внутренних действий с образами (представлениями). Наглядно-образное мышление активно формируется в дошкольном возрасте и является необходимым условием овладения ребенком продуктивными видами деятельности (рисованием, конструированием). Е. А. Стребелева выделяет три этапа формирования наглядно-образного мышления у детей с ЗПР: 1) обучение переносу практического опыта в наглядно-образный план; 2) обучение детей установлению причинно-следственных связей; 3) обучение анализа сюжета со скрытым смыслом (Стребелева Е. А., 2005).

В процессе формирования наглядно-образного мышления перед психологом стоят следующие задачи: 1) формирование у ребенка ориентировочной основы деятельности в процессе решения проблемной практической задачи; 2) включение речи в процесс решения задач; 3) обучение детей в процессе решения опираться на свой жизненный опыт; 4) формирование временных и причинных связей.

Развитию наглядно-образного мышления у детей с ЗПР способствуют следующие виды заданий: рисование, прохождение лабиринтов, конструирование не только по наглядному

образцу, но и по словесной инструкции, а также по собственному замыслу ребенка, когда он сначала должен придумать объект конструирования, а затем самостоятельно его реализовать.

Особый интерес представляет метод обучения детей модельному конструированию, разработанный А. Р. Лурией и его учениками (1948) и успешно используемый нами в психокоррекционной работе с детьми с ДЦП и ЗПР церебрально-органического генеза (Мамайчук И. И., 1978, 1984). Кроме модельного конструирования для детей с ЗПР целесообразно использовать метод конструирования по условиям, разработанный Н. П. Подъяковым (1977). Ребенку предлагаются сделать из готовых деталей предмет, который может быть использован в определенных, заранее заданных условиях, то есть в этом случае ребенок не имеет перед собой образца, ему даны условия, исходя из которых необходимо определить, какой должна быть постройка, а затем сконструировать ее. Важным при таком способе обучения конструированию является то, что мыслительные процессы приобретают более опосредованный характер, чем при конструировании по образцу. Например, получив задание построить из готовых блоков такой «гараж», который мог бы вмещать в себя «грузовую машину», ребенок начинает предварительно анализировать величину машины, отвлекаясь от всех других ее свойств. Для этого необходим достаточно высокий уровень абстрагирования, на котором создаются условия для формирования специфических способов соотнесения определенных свойств условий с соответствующими свойствами постройки. Конструирование по моделям и условиям способствует развитию ориентировочной деятельности, развитию самоконтроля своих действий в процессе выполнения конструктивных заданий и при анализе их результатов.

Для развития наглядно-образного мышления кроме методов модельного конструирования рекомендуется использовать различные виды заданий с палочками или спичками (выложить фигуру из определенного числа спичек, перенести одну из них с тем, чтобы получить другое изображение), задания на соединение нескольких точек одной линией, не отрывая руки. Например, можно предложить ребенку такие задания со спичками: 1) составить 2 равных треугольника из 5 палочек; 2) составить 2 равных квадрата из 7 палочек; 3) составить 3 равных треугольника из 7 палочек. Такие упражнения способствуют развитию пространственного мышления.



Особое значение в формировании наглядно-образного мышления у младших школьников с ЗПР имеют дидактические игры. Дидактические игры — это вид занятий, организуемых в виде учебных игр, реализующих ряд принципов игрового, активного обучения и отличающихся наличием правил, фиксированной структуры игровой деятельности и системы оценивания (Калмыкова Е. В., 2007; Понамарева Н. В., 2009). Все дидактические игры можно разделить на три основных вида: 1) игры с предметами; 2) настольно-печатные; 3) словесные игры.

Коррекционная значимость дидактических игр заключается в том, что в процессе игры дети с ЗПР самостоятельно приобретают новые знания, активно помогают друг другу. В зависимости от степени нарушения основных компонентов учебной деятельности (мотивационного, операционального, самоконтроля) можно разделить дидактические игры на три группы.

1. Игры, направленные на формирование мотивации деятельности. Такие игры проводятся в группе в соревновательной форме, например письмо в воздухе, изображение цифр и др.

2. Операциональные игры: различные конструктивные и графические задания, конструирование по моделям, рисунки, сложение фигур, зрительно-пространственный анализ рисунков и фигур и др.

3. Игры, направленные на формирование самоконтроля (игры на внимание, наблюдательность).

*Словесно-логическое мышление* предполагает наличие у ребенка способности к выполнению основных логических операций: обобщения, анализа, сравнения, классификации. Коррекция логического мышления детей с ЗПР осуществляется с помощью различных методов: «Классификация», «Четвертый лишний», «Понимание смысла сюжетной картинки», «Серия последовательных картинок», «Нелепицы», а также их модификаций.

Для развития логического мышления можно использовать следующие упражнения

### «Составь предложение»

**Цель:** развить способности быстро устанавливать разнообразные, иногда совсем неожиданные связи между привычными предметами, творчески создавать новые целостные образы из отдельных разрозненных элементов. Детям предлагается придумать три слова, не связанные по смыслу, например, «озеро», «карандаш» и «медведь». Надо составить как можно больше предложений, которые обязательно включали бы в себя эти

три слова (можно менять падеж и использовать другие слова). Ответы могут быть банальными («Медведь уронил в озеро карандаш»); сложными, с выходом за пределы ситуации, обозначенной тремя исходными словами, и введением новых объектов («Мальчик взял карандаш и нарисовал медведя, купающегося в озере»); творческими, включающими эти предметы в нестандартные связи («Мальчик, тонкий, как карандаш, стоял возле озера, которое ревело, как медведь»).

### «Исключение лишнего»

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

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

### «Поиск аналогов»

Называется какой-либо предмет или явление, например «вертолет». Необходимо выписать как можно больше его аналогов, то есть других предметов, сходных с ним по различным существенным признакам. Следует также систематизировать эти аналоги по группам в зависимости от того, с учетом какого свойства заданного предмета они подбирались. Например, в данном случае могут быть названы «птица», «бабочка» (летают и садятся); «автобус», «поезд» (транспортные средства);



«штопор» (важные детали вращаются) и др. Побеждает тот, кто назвал наибольшее число групп аналогов.

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

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

---

Называется какой-либо хорошо известный предмет, например «книга». Надо назвать как можно больше различных способов его применения: книгу можно использовать как подставку для кинопроектора, можно ею прикрыть от посторонних глаз бумаги на столе и т. д. Побеждает тот, кто укажет большее число различных функций предмета. Эта игра развивает способность концентрировать мышление на одном предмете, умение вводить его в самые разные ситуации и взаимосвязи, открывать в обычном предмете неожиданные возможности.

Для каждого ребенка психолог составляет индивидуальную программу коррекционно-развивающих занятий с учетом формы ЗПР, степени тяжести когнитивных и речевых нарушений, эмоциональной и мотивационно-потребностной сферы ребенка.

---

## **Глава 5. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

---

В настоящее время все большее значение в системе психологической помощи детям с ЗПР приобретает нейропсихологическая коррекция. Выявленные в процессе нейропсихологического исследования особенности дефицитарности (несформированности) высших психических функций являются важными диагностическими критериями для формирования конкретных задач нейропсихологической коррекции.

В исследованиях нейрофизиологов было убедительно доказано, что созревание головного мозга — это длительный и неравномерный процесс. Еще Л. С. Выготский подчеркивал, что развитие мозга происходит путем напластования и надстройки новых уровней над старыми, причем старый уровень переходит в новый, существует в нем, создавая его базис (Выготский Л. С., 1960).

В табл. 59 представлена схема этапов развития коры больших полушарий в постнатальный период, разработанная К. Ханнафорд (Ханнафорд К., 1999).

*Таблица 59*

**Развитие коры больших полушарий в постнатальный период**

<b>Возраст</b>	<b>Этапы развития области головного мозга</b>	<b>Функции</b>
От зачатия до 15 мес.	Стволовые структуры	Основные потребности выживания — питание, укрытие, защита, безопасность. Сенсорное развитие вестибулярного аппарата, слуха, тактильных ощущений, обоняния, вкуса, зрения
15 мес. — 4,5 года	Лимбическая система	Развитие эмоциональной и речевой сферы, воображения, памяти, овладение грубыми моторными навыками
4,5–7 лет	Правое (образное) полушарие	Обработка в мозге целостной картины на основе образов, движения, ритма, эмоций, интуиции, внешней речи, интегрированного мышления

Возраст	Этапы развития области головного мозга	Функции
7–9 лет	Левое (логическое) полушарие	Детальная и линейная обработка информации, совершенствование навыков речи, чтения и письма, счета, рисования, танцевальных движений, восприятия музыки, моторики рук
8 лет	Лобная доля	Совершенствование навыков тонкой моторики, становление внутренней речи, контроль социального поведения. Развитие и координация движений глаз: слежение и фокусирование
9–12 лет	Мозолистое тело и миелинизация	Комплексная обработка информации всем мозгом
12–16 лет	Гормональный всплеск	Формирование знаний о себе, своем теле. Уяснение значимости жизни, появление общественных интересов
16–21 год	Целостная система интеллекта и тела	Планирование будущего, анализ новых идей и возможностей
21 год и далее	Интенсивный скачок в развитии нервной сети лобных долей	Развитие системного мышления, уяснение причинных связей высшего уровня, совершенствование эмоций (альtruизм, любовь, сочувствие) и тонких моторных навыков

Как отмечают отечественные и зарубежные нейропсихологии, формирование парной работы мозга в онтогенезе проходит ряд этапов.

*Первый этап* (от внутриутробного периода до 2–3 лет). В этот период активно формируются транскортикальные связи стволового уровня, закладывается базис для межполушарного обеспечения нейрофизиологических, нейрогуморальных, сенсорно-вегетативных и нейрохимических асимметрий, лежащих в основе соматического (телесного), аффективного и когнитивного статуса ребенка.

*Второй этап* (от 3 до 7–8 лет). Характеризуется активизацией систем, которые играют важную роль в обеспечении полисенсорной, межмодальной, эмоционально-мотивационной интеграции. Эта зона мозга обеспечивает межполушарную организацию процессов запоминания. На этом этапе онтогенеза закрепляются межполушарные асимметрии, формируется преобладающая функция полушарий по речи, индивидуальному латеральному профилю (сочетание доминантного полушария

и ведущей руки, ноги, глаза, уха), функциональной активности. Нарушение формирования этого уровня мозга может привести к возникновению псевдолеворукости.

*На третьем этапе* (от 7 до 12–15 лет) происходит становление межполушарного взаимодействия, закрепление приоритета лобных отделов левого полушария мозга. В этот период активно формируются когнитивные стили обучения и личности, что позволяет ребенку и подростку формировать собственные программы поведения, ставить перед собой цели. Это этап активного формирования произвольной регуляции поведения, рефлексии, самоконтроля (Сиротюк А. Л., 2003).

В процессе дифференциальной нейропсихологической диагностики детей и подростков необходимо ориентироваться на концепцию А. Р. Лурии о трех функциональных блоках головного мозга (Лурия А. Р., 2004), которая нашла подтверждение в отечественных нейропсихологических исследованиях нормально развивающихся детей и детей с проблемами в развитии (Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю., 1997; Микадзе Ю. В., 2008; Ахутина Т. В., Пылаева Н. М., Яблокова Л. В., 1995, 2007; Глозман Ж. М., Потанина А. Ю., 2009, 2004; Пылаева Н. М., Ахутина Т. В., 1997, 2001; Семенович А. В., 2002, 2007, 2008; Семаго М. М., Семаго Н. Я., 2000; Марковская И. Ф., 1993; Мамайчук И. И., 1992 и др.). Использование качественного анализа в нейропсихологическом исследовании позволяет выявить особенности не только отдельных психических процессов, но и базисных механизмов высших психических функций (ВПФ), без которых невозможно как их развитие, так и формирование взаимосвязей.

Нейропсихологический синдромный анализ, предложенный А. Р. Лурией, позволяет определить зоны мозга, вовлекаемые в работу функциональных систем, и квалифицировать роль каждой из них в обеспечении протекания психических процессов. Использование синдромного анализа после тщательного нейропсихологического обследования дает возможность нейропсихологу выделить базальные (основные) нейропсихологические факторы. К группе базальных факторов относятся: модально-специфический; кинестетический; кинетический; пространственный; произвольной регуляции психической деятельности; энергетического обеспечения; межполушарного взаимодействия.

Рассмотрим перечисленные факторы.

**Модально-специфический фактор** связан с работой тех отделов мозга, в которые поступает информация от органов



чувств (тактильных, слуховых и зрительных). Например, при формировании образа буквы эффективным коррекционным приемом является ощупывание и лепка ребенком букв, а также изображение буквы на теле, ладони. В результате работы одного анализатора активизирует работу другого. В онтогенезе анализаторные зоны созревают гетерохронно, например, тактильная сфера опережает развитие зрительной и слуховой.

**Кинетический фактор** обеспечивает передачу сигналов, поступающих от рецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях, суставах, и, следовательно, тесно связан с тактильным модально-специфическим фактором. За работу кинетического фактора ответственна обширная теменная область головного мозга.

**Кинестетический фактор** участвует в формировании представлений о собственном теле и тесно связан с кинетическим. Развитию каждого из этих факторов способствует двигательная активность ребенка в различных сферах деятельности, что необходимо учитывать в процессе нейропсихологической коррекции.

**Пространственный фактор** отвечает за восприятие и переработку пространственных характеристик. Существуют три составляющие пространственной организации: реальное пространство, представления о пространстве и квазипространство. Квазипространство — упорядоченность в системах знаков и символов, выработанная человечеством для обобщения представлений о мире с возможностью передачи их другим людям. Пространственный фактор развивается на основе двигательной активности у ребенка. В наших исследованиях было выявлено, что у детей с ограниченной двигательной активностью в связи с заболеваниями опорно-двигательного аппарата наблюдается недоразвитие зрительно-пространственных функций (Мамайчук И. И., 1993, 2004). Двигательная активность ребенка — это мощный стимул для развития пространственного фактора. К сожалению, компьютерные игры в виртуальном пространстве, которыми увлекаются современные дети, никогда не заменят реальной двигательной активности, дефицит которой снижает уровень ориентировки ребенка в пространстве.

**Фактор произвольной регуляции психической деятельности** связан с работой лобных отделов мозга. Именно этот фактор часто является слабым звеном в психической деятельности ребенка с ЗПР, что выражается в отвлечаемости, в недоразвитии самоконтроля, в трудностях доведения начатого действия до конечного результата.

**Фактор энергетического обеспечения** связан с работой глубинных отделов мозга, которые регулируют витальные (жизненные) потребности, биологические ритмы, системы жизнеобеспечения организма. Неразвитость этого фактора обнаруживается в первую очередь в процессах памяти и внимания.

**Фактор межполушарного взаимодействия** обеспечивает обмен информацией между полушариями, а также гармонизирует последовательность познавательных процессов. Если этот фактор недостаточно сформирован, нужно по нейропсихологическим синдромам определить «мишень» коррекционной помощи ребенку (Сиротюк А. Л., 2003).

На основании системно-структурного и синдромного анализа полученных нейропсихологических данных психолог разрабатывает индивидуальную программу нейропсихологической коррекции для конкретного ребенка.

*Нейропсихологическая коррекция* детей с ЗПР включает в себя следующие задачи:

- повышение общей работоспособности, снижение утомляемости у детей с ЗПР;
- развитие функций внимания и памяти, а также повышение динамики мыслительных операций;
- формирование пространственных функций у детей с ЗПР;
- развитие саморегуляции и самоконтроля в процессе деятельности, особенно учебной.

Программа нейропсихологической коррекции разрабатывается индивидуально для каждого ребенка на основе базовых нейропсихологических методов. Однако кроме нейропсихологических методов в процессе коррекции широко используются патопсихологические методы, а также методы, заимствованные из смежных дисциплин (специальная педагогика, логопедия, психотерапия и др.).

Одним из методических подходов, успешно используемых детскими отечественными нейропсихологами, является **метод замещающего онтогенеза** (МЗО). Как отмечает А. В. Семенович, основная его цель — это развитие мозгового (и шире — нейропсихосоматического) обеспечения психического онтогенеза (Семенович А. В., 2002. С. 15). Коррекционной мишенью МЗО является формирование у ребенка подкорково-корковых, внутри- и межполушарных взаимодействий. Автором предложена *комплексная методика психомоторной коррекции*, включающая, помимо нейропсихологических, телесно-ориентирован-



ные, арт-терапевтические и другие психотехники. Этот метод широко используется в работе с детьми с различными вариантами нарушений в психическом развитии, в том числе с задержкой психического развития. МЗО — это нейропсихологическая технология, содержащая инвариантный комплекс этапов нейропсихологического сопровождения ребенка, а именно: диагностику, профилактику, коррекцию, абилитацию и прогноз (Семенович А. В., 2002). Механизмы воздействия МЗО соответствуют базовым составляющим нормативного онтогенеза.

Нейропсихологическая коррекция для детей с ЗПР проводится в двух основных направлениях:

- формирование базовых основ, предпосылок интеллектуальных функций, а именно: сенсомоторных функций, восприятия, внимания, памяти, представлений и др.;
- формирование и коррекция познавательных функций и входящих в них компонентов (мотивационного, регуляторного, контролирующего).

Нейропсихологический подход к задержке психического развития базируется на структурно-функциональной модели интегративной деятельности мозга, предложенной А. Р. Лурией, в структуре которой выделяются три основных блока:

- регуляции тонуса и бодрствования (энергетический);
- приема, переработки и хранения информации (операционный);
- программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности (уровень произвольной саморегуляции и самоорганизации).

При нейропсихологическом анализе детей с ЗПР необходимо учитывать степень дефицитарности деятельности каждого блока:

- дефицитарность глубинных структур мозга;
- дефицитарность задних отделов мозга;
- дефицитарность лобных структур мозга.

Каждый уровень имеет свое специфическое направление психокоррекционного воздействия. Для работы с каждым функциональным блоком подбираются соответствующие методы и психокоррекционные техники. Кроме того, важное место в нейропсихологической коррекции должно отводиться формированию межполушарного взаимодействия, что крайне необходимо для успешного протекания любого психического процесса.

Рассмотрим подробнее каждый блок интегративной деятельности мозга.

## ***Первый функциональный блок мозга***

Этот блок мозга обеспечивает регуляцию тонуса и бодрствования. Структуры мозга первого блока находятся в стволовых и подкорковых образованиях, которые одновременно тонизируют кору и испытывают ее регулирующее влияние. Только при его полноценной работе возможна нормальная физическая и психическая активность, а при недостаточном функционировании ребенок быстро утомляется.

*Дефицитарность функционирования первого блока у детей с ЗПР* проявляется в снижении уровня психической активности, в повышенной истощаемости, колебаниях внимания, что затрудняет деятельность (учебную, игровую). Снижение общей активности у ребенка с ЗПР негативно отражается и на его познавательной активности. Это может проявляться в недоразвитии темповых характеристик познавательных и моторных функций.

Нейропсихологическая коррекция должна быть направлена на стимуляцию активности через сенсорную (зрительную, слуховую, тактильную), эмоциональную и двигательную сферы. Детям с ЗПР рекомендуются различные игры, сопровождающиеся ритмическими движениями, с обязательным эмоциональным подкреплением.

Важным психотехническим приемом является обучение детей с ЗПР удержанию определенного ритма. С этой целью используются следующие упражнения:

- ходьба под музыку в определенном темпе;
- отстукивание ритма на барабане, фортепиано;
- упражнения на переключение ритма;
- использование ритма в процессе анализа количества слов в предложении и слогов в слове;
- азбука Морзе (для детей школьного возраста).

Опыт нашей работы показал высокую эффективность этих занятий в формировании психической активности ребенка с ЗПР в сочетании с общим недоразвитием речи. Описанные выше психотехники могут использовать не только психологи, но и логопеды, педагоги, родители.

Векторы нейропсихологической коррекции первого функционального блока:

- формирование темповых характеристик психических процессов;
- развитие двигательных функций, в том числе мелкой моторики;



- формирование устойчивости внимания;
- оптимизация мнемических процессов.

Рассмотрим отдельные психокоррекционные приемы этого блока.

- *Релаксирующие упражнения* проводятся как в начале занятия — с целью настройки, так и в конце — с целью интеграции приобретенного в ходе занятия опыта. Они способствуют расслаблению, самонаблюдению, вспоминанию событий и ощущений и являются единым процессом.
- Различные виды массажа, особенно массажа пальцев рук.
- Расслабление мышечных групп и всего тела (психорегулирующие тренировки).
- Оптимизация внимания (устойчивости, концентрации, распределения, переключения), например, с использованием цифровых и буквенных таблиц.

### **Методика, направленная на оптимизацию распределения внимания с использованием цифровых и буквенных таблиц**

Оборудование: таблицы Шульте — цифровые и буквенные, секундомеры. Каждому ребенку в группе из 2–4 человек предлагаются таблица и секундомер. По команде психолога каждый участник находит цифры и называет их в прямом порядке от 1 до 25, фиксирует время выполнения задания. Затем дети меняются таблицами, фиксируют время выполнения заданий друг у друга.

На следующем этапе детям предлагаются буквенные таблицы, фиксируется время выполнения заданий. Затем подводятся итоги. Дети самостоятельно составляют кривую эффективности работы, определяя время выполнения заданий при каждом предъявлении, и коллективно обсуждают результаты. После окончания работы детям предлагают домашнее задание: самостоятельно составить цифровые и буквенные таблицы и принести их на следующее занятие. На последующих занятиях дети поочередно выполняют задания на составленных ими таблицах и фиксируют время их выполнения. Занятия рекомендуется проводить в небольших группах, когда один ребенок играет роль ведущего, а именно фиксирует время, запоминает ошибки, а другой — роль обследуемого. После окончания эксперимента дети самостоятельно обсуждают его результаты.

На следующих занятиях детям предлагаются задания на переключение внимания, фиксируется время выполнения заданий.

А. Н. Семенович и др. разработали комплексную методику психомоторной коррекции, в которой применяются методы двигательной (моторной) коррекции, телесно-ориентированные методы, направленные на восстановление контакта с собственным телом, снятие телесных напряжений и др. Актуализация и закрепление любых телесных навыков позитивно влияют на эмоциональные процессы и когнитивные функции у ребенка. Данная методика представляет собой трехуровневую систему.

Первый уровень – уровень активации, энергоснабжения и статокинетического баланса психических процессов. Для реализации задач данного уровня целесообразно использовать такие упражнения, как растяжки, направленные на нормализацию мышечного тонуса, и дыхательные упражнения (Сиротюк А. Л., 2003). Общеизвестно, что задержка дыхания активизируют работу стволовых структур мозга. Используются *глазодвигательные упражнения, способствующие расширению поля зрения*, а также односторонние и разнонаправленные движения глаз и языка, что повышает энергетизацию организма и способствует развитию межполушарного взаимодействия.

Как справедливо подчеркивают М. М. Семаго и Н. Я. Семаго, данная программа требует продуманных стратегии и тактики, основанных на дифференциально-диагностической, нейропсихологической квалификации имеющейся у ребенка недостаточности, что, в свою очередь, предъявляет высокие требования к специалистам, проводящим коррекционную работу (Семаго М. М., Семаго Н. Я., 2000. С. 128–129).

### ***Второй функциональный блок мозга***

Это блок приема, переработки и хранения информации. Мозговые структуры, обеспечивающие его деятельность, расположены в задних отделах обоих полушарий коры головного мозга. Он включает три области, каждая из которых обеспечивает прием и переработку определенного типа информации: затылочная – зрительной, височная – слуховой и теменная – общечувствительной. Очень важно учитывать, что нарушения переработки этих видов информации могут обнаруживаться при дисфункции как левого, так и правого полушария.

Для детей с ЗПР с выраженной дисфункцией данного блока коррекционные занятия должны быть направлены на развитие:

- анализаторных систем мозга: слухоречевых, зрительно-пространственных;



- памяти по модально-специфическому типу (слухоречевой, зрительно-моторной);
- зрительно-пространственного анализа и синтеза;
- речевых функций.

Например, у детей с тяжелой степенью ЗПР церебрально-органического генеза нередко наблюдается недоразвитие *зрительного гноиса*, что проявляется в трудностях узнавания предметов и их изображений. В процессе нейропсихологической коррекции рекомендуются упражнения на узнавание реалистических предметов, изображений, зашумленных изображений, фрагментарных изображений (неполных изображений реальных предметов), а также символических изображений предметов.

*У детей с ЗПР в сочетании с речевыми нарушениями* нередко наблюдаются недоразвитие слухового восприятия и различия контрастных речевых звуков (Мамайчук И. И., Шумская Н. А., 2013). Эти дисфункции успешно корректируются логопедами и педагогами-дефектологами. Особые трудности в процессе коррекции обнаруживают дети с ЗПР с проблемами понимания речи, что указывает на необходимость сочетать психокоррекцию с занятиями с логопедом.

*Недоразвитие осознательного восприятия* наблюдается у детей с ЗПР, особенно в группе детей с задержкой церебрально-органического генеза (Мамайчук И. И., 1978, 1993). Занятия, направленные на развитие осознательного восприятия, способствуют формированию схемы тела у детей, развитию тонкой моторики и координации движений.

В нейропсихологической практике широко используются *упражнения по визуализации*, которые предполагают обучение детей воссозданию зрительных, слуховых, знаковых, осознательных, обонятельных и других образов. Упражнения могут выполняться с закрытыми глазами (Сиротюк А. Л., 2003).

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

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

На первом этапе психолог предъявляет детям таблицы с изображением различных предметов (около 20). Предлагается

в ответ на показанную и названную картинку найти предмет и назвать соответствующее ему слово, близкое по звучанию («утка — дудка», «коза — стрекоза»). Спустя 10–15 минут детям предлагается вспомнить с опорой на таблицы, какие слова были использованы в игре.

На втором этапе (через 10–15 минут) детям предлагается поиск созвучных слов не с помощью наглядной опоры, а на слух, в ответ на заданное психологом слово.

Затем дается домашнее задание по составлению рифмующихся пар слов в устной форме.

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

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

Группе детей из 2–4 человек психолог предлагает буквы и цифры, которые «пишет в воздухе». Дети поочередно называют их. Затем психолог называет отдельные слоги и простые слова. Дети записывают эти слова на отдельных карточках.

На втором этапе дети поочередно играют роль учителя и предлагают группе цифры, буквы, слоги и слова, предварительно написанные ими в тетради. Участники группы читают их и записывают. После этого дети проверяют выполнение заданий.

На последующих этапах предлагаются пластмассовые буквы и цифры для опознания на ощупь. Ребенок должен не только назвать их, но и свободной рукой обвести указательным пальцем осозаемую букву или цифру.

### **Методика зрительно-двигательного восприятия и воспроизведения схемы**

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



## Методика на запоминание последовательности движений

Психолог показывает три положения руки на плоскости стола, последовательно сменяющих друг друга. Ладонь на плоскости стола, сжатая в кулак; ладонь ребром на плоскости стола; распрямленная ладонь на плоскости стола (кулак – ребро – ладонь). Ребенок выполняет пробу сначала вместе с психологом, затем по памяти в течение 8–10 повторений моторной программы. Проба выполняется сначала правой рукой, затем левой, а затем обеими руками одновременно. Если возникают затруднения, то рекомендуется произносить вслух команду: «кулак – ребро – ладонь». Домашнее задание: придумать программу из 4 и более движений руки и представить ее на следующем занятии.

Одним из методических приемов нейропсихологической коррекции является обучение детей с ЗПР пространственному анализу и синтезу с использованием конструирования, рисования, лепки и других видов продуктивной деятельности. Например, сложение целого из частей с целью развития пространственного синтеза (Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004).

## Третий функциональный блок мозга

Этот блок расположен в передних отделах больших полушарий. Наиболее существенной его частью являются лобные доли. Этот отдел мозга отвечает за планирование, контроль и регуляцию наиболее сложных форм поведения и деятельности.

Для детей с ЗПР с дефицитарностью функций этого блока коррекционная работа должна быть направлена на формирование произвольных функций, регуляции деятельности и функций самоконтроля.

К психотехникам, направленным на формирование произвольных функций, относятся:

- формирование движений у детей по словесной инструкции с целью постепенного формирования способности к построению собственной программы;
- обучение детей соблюдению правил игры и временного регламента.

Н. М. Пылаева и Т. В. Ахутина предложили авторскую программу «Методика формирования программирования, произвольной саморегуляции и контроля за протеканием психической деятельности». Программа представляет собой комплекс учебно-игровых занятий для развития у детей способности планировать

и контролировать свои действия. Программа может быть использована педагогами и психологами, работающими с детьми с ЗПР в классах КРО, а также подготовительных группах детских садов.

Особого внимания детских нейропсихологов заслуживает авторская программа, предложенная Н. Я. Семаго и М. М. Семаго под названием «Комплексная программа по формированию произвольной регуляции деятельности (ФПР) и пространственных представлений (ФПП)». Программу произвольной регуляции деятельности авторы рекомендуют для работы с детьми с ЗПР с парциальной несформированностью высших психических функций преимущественно регуляторного и вербально-логического компонентов. Программа состоит из пяти основных усложняющихся этапов, общей целью которых является формирование произвольной регуляции деятельности. Каждый этап представляет собой серию усложняющихся заданий, направленных на развитие произвольной регуляции деятельности. 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 сенсибилизированных заданий и, что наиболее важно, не ограничен какими-либо жесткими сроками, а, наоборот, предполагает в случае затруднений возврат к предыдущим этапам работы.

**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: 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 совершение изолированных движений конечностями и частями тела в определенной последовательности: рука (правая, левая) и т. д., заканчивая мышцами голени и стопы.

**Этап 2** заключается в работе над серией произвольных движений. Данный этап проводится как лежа на спине, так и в



положении сидя и стоя. Следует обратить особое внимание на последовательность подачи заданий с целью переноса контроля за выполнением извне (контроль со стороны взрослого) непосредственно на контроль за собственными действиями самим ребенком (интериоризация 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 совершения тех или иных движений распределен между специалистом и ребенком. Следующим может быть выполнение задания (оно должно иметь четкое название) только по речевой инструкции.

**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 элементарные в проксимальных частях конечностей, затем постепенное усложнение и включение все более дистальных частей конечностей (проксимо-дистальный закон) в направлении от головы к ногам (цефало-каудальный закон), далее постепенное подключение 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 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. На этом этапе двигательные задания сочетаются с произвольным владением, в первую очередь собственной речевой активностью, при этом подразумевается, что произвольная регуляция внимания, запоминания имманентно формировалась и отрабатывалась на предыдущих этапах. Здесь уместно использование различных вариантов «верbalных» игр, наряду с групповыми двигательными, когда ребенку приходится «ждать своей очереди», при этом

тем самым ограничивается (то есть организуется произвольность) не только моторная, но и речевая активность.

**Этап 5** представляет систему постепенно усложняющихся игр по правилам, в том числе и заданий, имеющих своей целью формирование и совершенствование коммуникативных навыков, а в конечном счете формирование собственной эмоциональной регуляции деятельности. На этом этапе можно использовать отдельные задания и упражнения, предложенные М. И. Чистяковой (1995). Следует помнить, что последовательность заданий и упражнений должна соответствовать заявляемым принципам, законам развития движений и последовательности формирования уровней произвольности психической активности. В завершение программы осуществляют постепенный переход к когнитивным играм с соблюдением правил и возможностью контроля не только собственной части игры, но и игры партнерами.

Работа по данной программе проводится в основном в групповой форме, количество детей определяется в первую очередь психологическим диагнозом (то есть показаниями), выраженнойостью проблем и возрастом детей. В случаях грубой несформированности произвольной регуляции поведения программа ФПР может быть использована в индивидуальной форме, но желательно подключить ребенка к работе в малой группе на 4-м или 5-м этапе.

Следует отметить, что занятие не может состоять только из определенных отрабатываемых движений — подобная организация занятий с ребенком фактически невозможна. Структура каждого занятия представляет собой «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 на двигательном уровне и произвольности высших психических функций — внимания, памяти и т. п. (в рамках заданных игровых правил) с учетом как ведущего типа мотивации каждого ребенка, так и специфики межличностных коммуникаций в целом;
- 4) завершающий этап, чаще всего релаксационный, на котором используются уже имеющиеся или формирующиеся умения расслабления (Семаго М. М., Семаго Н. А., 2000. С. 133–136).

В настоящее время в отечественной психологии уделяется большое внимание нейропсихологическому анализу трудностей



обучения ребенка. Например, в исследованиях Н. К. Корсаковой и др. тщательно анализировались психические процессы, определяющие формирование письма у младших школьников (табл. 60).

Таблица 60

**Психические процессы, определяющие формирование письма  
у младших школьников**

Составляющее звено	Функциональное значение в процессе письма	Зона мозга	Нейропсихологический фактор
Зрительный образ буквы	Анализ элементов, включенных в букву, различение письменных и печатных букв	Затылочные отделы	Перцептивный
Зрительно-пространственный образ буквы	Различение букв, имеющих сходную конструкцию (н-п, р-ъ), пространственные детали (ш-щ, у-ц, б-д), положение буквы в зеркальном пространстве	Теменно-височно-затылочная область	Пространственный
Исполнение написания	1. Схема движения, соответствующая образу буквы. 2. Тонкие движения руки, плавность перехода от одного элемента к другому, от одной буквы к другой	Теменная область Заднелобная (премоторная) область	Кинестетический Кинетический
Инициация написания	Постановка целей, выбор программы сочетаний букв и слов, контроль за написанием с пониманием смысла, расстановка знаков препинания	Лобные отделы	Произвольной регуляции
Соотнесение звука и буквы через проговаривание	Различение сходных по артикуляции звуков (д-н, б-м), а также дифференцировка звуков в сложных сочетаниях согласных	Теменная область	Кинестетический
Восприятие звуков речи	Различение звуков, сходных по звучанию, но с различным написанием: звонкие и глухие, твердые и мягкие согласные, написанные с мягким знаком	Верхневисочная зона	Фонематический
Слухоречевая память	Удержание в кратковременной памяти материала, требующего перевода в письменную речь	Широкая височная зона	Модально-специфический
Стабильность написания	Равномерность темпа письма, сохранение размеров букв по всей длине строки, соразмерность интервалов	Глубинные структуры	Нейродинамический

Как видно из табл. 60, письмо может быть не сформировано или нарушено в разных звеньях в связи с дефицитарностью функций различных мозговых зон. С учетом этих особенностей коррекционная работа строится с применением различных направлений и методов. На основе нейропсихологического анализа выделяются следующие виды нарушения письма (дисграфий):

- речевые дисграфии, связанные с нарушениями речи, ее сенсорных и моторных функций;
- неречевые дисграфии (гностические) при синдроме нарушения восприятия — зрительного, пространственного, оптико-пространственного;
- дисграфии как нарушения (или как несформированность) целенаправленного поведения, его организации и контроля, как несформированность мотивационной основы деятельности (Сиротюк А. Л., 2003).

Проведенный Т. В. Ахутиной с нейропсихологических позиций анализ трудностей в овладении письмом у детей показал, что все выделенные А. Р. Лурией компоненты структурно-функциональной организации мозга участвуют в процессе письма ребенка, начинающего осваивать новый вид деятельности.

**Блок регуляции тонуса и бодрствования:** поддержание активного тонуса коры при письме.

**Блок приема, переработки и хранения информации**

1. *Переработка слухоречевой информации* — фонемное распознавание, опознание слов, слухоречевая память.

2. *Переработка кинестетической информации* — дифференциация артикуляции; кинестетический анализ графических движений.

3. *Переработка зрительной информации* — актуализация зрительных образов букв и слов.

4. *Переработка полимодальной информации* — элементов буквы, самой буквы, строки в пространстве, зрительно-моторная координация, актуализация зрительно-пространственных образов слов.

**Блок программирования, регуляции и контроля**

1. *Эфферентная (серийная) организация движений* — моторное (кинетическое) программирование графических движений.

2. *Регуляция психической деятельности* — планирование, реализация и контроль процесса письма (Ахутина Т. В., 2001).

Поражение любого участка коры головного мозга может привести к нарушению письма. И как подчеркивает автор, каж-



дый из перечисленных компонентов (блоков) «может вызывать трудности письма, выступая относительно изолированно или сочетанно». Отмечается, что значительные трудности обучению письма наблюдаются у детей с тоническими дисфункциями двигательной активности (повышение или снижение мышечного тонуса, нарушение координации и др.). Кроме того, трудности планирования, оформления письменной речи тесно связаны с дефицитом устной речи, поскольку письменная речь предъявляет повышенные требования к планированию текста, его развернутому оформлению. Несформированность произвольной регуляции действий проявляется в трудностях удержания произвольного внимания, ориентировки в заданиях, в импульсивности в процессе решения задачи или инертности, что, в свою очередь, четко отражается в выполнении письменных заданий. Автор на основе нейропсихологического анализа выделяет *регуляторную дисграфию*, которая выражается в:

- наличии ошибок типа упрощения программы;
- трудностях переключения с одного задания на другое;
- персеверациях (в инертном повторении) на письме букв, слогов, слов;
- пропусках букв, слогов;
- слиянии слов и несоблюдении правил написания прописной буквы, безударных гласных и т. п.

Следует подчеркнуть, что трудности языкового анализа обусловлены нарушением не фонематического слуха, а ориентировочной основы деятельности.

Ряд отечественных авторов выявили особенности нарушений письма у школьников с дефицитарностью правого и левого полушарий (Цветкова Л. С., 1998; Ахутина Т. В., 1998, 2001; Семенович Л. В., 2001 и др.).

Нарушения переработки информации (второй блок) по левополушарному типу проявляются в:

- недостаточной сформированности фонематического восприятия, что наглядно проявляется в смешении в процессе письма букв, обозначающих сходные по акустико-артикуляционным признакам звуки;
- недостаточности переработки слуховой информации, что отражается в ошибках обозначения границ слов (Семенович Л. В., 2001);
- лексических нарушениях, что обусловлено бедностью словарного запаса (Ахутина Т. В., 1996).

Нарушения переработки информации по правополушарному типу проявляются в:

- трудностях переработки зрительно-пространственной информации;
- смещении зрительно похожих и близких по написанию букв, например х-ж, п-л;
- устойчивой зеркальности при написании букв;
- трудностях ориентировки в пространстве, которые обнаруживаются в нахождении и соблюдении строк, в неправильном наклоне отдельных букв (колебания наклона), несоблюдении размера букв;
- трудностях запоминания букв, которые обнаруживаются в их графическом искажении.

**Нейропсихологическая коррекция дисграфии** у детей должна проводиться с учетом основного симптомокомплекса с учетом дефицитарности регуляции тонуса и бодрствования (энергетический блок), дефицитарности переработки информации с учетом межполушарного взаимодействия и блока регуляции и контроля. Однако необходимо учитывать и психологические предпосылки формирования письма в детском возрасте. К ним относятся:

- 1) уровень сформированности устной речи;
- 2) темповые характеристики восприятия и сформированность его в различных модальностях (зрительное, слуховое, кинестетическое, осязательное);
- 3) уровень сформированности двигательной сферы, тонкой моторики, тонких движений, предметных действий;
- 4) особенности распределения, переключения и устойчивости внимания;
- 5) особенности мыслительных процессов и их динамика;
- 6) уровень сформированности регуляции и самоконтроля поведения;
- 7) сформированность мотивов учебной деятельности и поведения в целом.

В настоящее время наряду с традиционными методами коррекции и развития когнитивных функций у детей с ЗПР успешно используются нейропсихологические методы, которые направлены на переструктурирование нарушенных функций центральной нервной системы, на создание компенсирующих средств для дальнейшего обучения и адаптации. Нейропсихологическая коррекция предназначена для детей с различными формами



ЗПР (церебрально-органического генеза, конституциональной, соматогенной и психогенной формами).

В процессе нейропсихологической коррекции необходимо ориентироваться на следующие принципы.

1. Принцип взаимосвязи морфогенеза мозга и психического развития ребенка. Этот принцип требует обязательного учета влияния уровня зрелости структур мозга и нервной системы на психическое развитие, влияния биологических факторов на формирования психики (Семенович А. В., 2001). Соблюдение этого принципа требует от психолога не только определенных знаний в области неврологии детского возраста, но и тесного контакта с клиницистами.

2. Принцип системного подхода. Следует подчеркнуть, что нейропсихологическая коррекция, как и другие формы коррекционных воздействий, должна быть направлена не на преодоление выявленного дефекта, например на дефицитарность свойств внимания или зрительно-пространственного гноэза и праксиса, а на гармонизацию когнитивных процессов и эмоционально-волевой сферы в целом.

3. Принцип деятельностного подхода. Принцип предполагает проведение нейропсихологических занятий в процессе доступной ребенку деятельности (предметно-практическая, игровая, учебная), а также опору на сохранные формы деятельности.

4. Принцип личностного подхода. Принцип означает опору на эмоциональные, индивидуально-типологические и личностные ресурсы ребенка.

5. Принцип поэтапности нейропсихологической коррекции. Принцип предполагает последовательное воспроизведение нарушенных этапов развития ребенка.

6. Принцип от простого к сложному.

7. Принцип программирования. Этот принцип, предложенный Ю. В. Микадзе, предусматривает разработку программ, состоящих из ряда последовательных операций, выполнение которых приводит к восстановлению или формированию отдельных высших психических функций (Микадзе Ю. В., 2008).

Программа нейропсихологической коррекции должна соответствовать следующим требованиям:

- четкое формулирование основной цели коррекции и ее конкретных задач на основе анализа нейропсихологического профиля ребенка с ЗПР, психометрических и индивидуально-психологических особенностей;

- необходимость определения стратегических и тактических направлений нейропсихологической коррекции;
- необходимость определения форм работы с детьми с ЗПР (групповая, индивидуальная или смешанная);
- отбор нейропсихологических методик с учетом возрастных и клинико-психологических особенностей ребенка;
- определение частоты занятий с учетом ведущего нейропсихологического синдрома, возраста ребенка, а также особенностей потребностно-мотивационной сферы;
- программа нейропсихологической коррекции разрабатывается непосредственно психологом, но ее реализация требует тесного контакта с другими специалистами, сопровождающими ребенка (логопед, педагог-дефектолог, педагог-психолог);
- оценка результатов нейропсихологической коррекции должна проводиться совместно с другими специалистами, сопровождающими ребенка с ЗПР;
- на основе полученных результатов составляется комплексное клинико-психологическое заключение с дальнейшими рекомендациями по образовательному маршруту ребенка и направлениям психологической помощи.

В заключение следует подчеркнуть, что эффективность нейропсихологической коррекции достигается только при тесном взаимодействии нейропсихолога не только с другими специалистами, но и с родителями ребенка, его ближайшим окружением.

## Список литературы

- Абрамович-Лехтман Р. Я. Развитие предметных действий на первом году жизни: Дис. ... канд. пед. наук. — 1945.
- Аксарина Н. М. Воспитание детей раннего возраста. — М.: Медицина, 1977.
- Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К. С. Лебединской. — М., 1982.
- Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / Под ред. Л. С. Цветковой. — М., 2001. — 261 с.
- Анастази А., Урбина С. Психологическое тестирование. — 7-е изд. — СПб.: Питер, 2007.
- Ануфриев А. Ф., Костромина С. Н. Как преодолеть трудности в обучении детей. Психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения. — М., 1997.
- Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). — М.: Просвещение, 1989.
- Ахутина Т. В., Полонская Н. Н., Пылаева Н. М., и др. Нейропсихологическое обследование детей младшего школьного возраста. — М.: АНО «ПЭБ», 2007.
- Ахутина Т. В. Нейропсихологический подход к диагностике и коррекции трудностей обучения письму // Современные подходы к диагностике и коррекции речевых расстройств. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 2001. — С. 195–213.
- Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. — СПб.: Питер, 2008. — 320 с.
- Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у детей 5–6 лет. — М., 1997. — 168 с.
- Бабкина Н. В. Оценка готовности к школьному обучению детей с задержкой психического развития. — М.: Школьная Книга, 2015.
- Бабкина Н. В. Интеллектуальное развитие младших школьников с задержкой психического развития: Пособие для школьного психолога. — М.: Школьная Пресса, 2006. — 80 с.
- Бабкина Н. В. Особенности познавательной деятельности и ее саморегуляции у старших дошкольников с задержкой психического развития // Дефектология. — 2002. — № 5. — С. 40–45.
- Бабкина Н. В. Формирование саморегуляции познавательной деятельности детей с ЗПР в различных условиях обучения // Дефектология. — 2003. — № 6.
- Башаева Т. В. Энциклопедия воспитания и развития дошкольников / Т. В. Башаева, Н. Н. Васильева, Н. В. Клюева и др. — Ярославль: Академия развития, 2001. — 480 с.
- Белопольская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. — 2-е изд., испр. — М.: Когито-Центр, 2009.
- Блинова Л. Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: учеб. пособие. — М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2004. — 136 с.
- Борякова Н. Ю. Ступеньки развития. — М., 2000.
- Борякова Н. Ю. Формирование предпосылок к школьному обучению у детей с задержкой психического развития. — М.: Академия, 2008. — 325 с.

Бохан Т. Г., Козлова Н. В. Психологическая коррекция психического развития в практике консультирования детей и подростков. — Томск, 2003.

Венгер Л. А. Восприятие и обучение (дошкольный возраст). — М., 1968.

Выготский Л. С. Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства // Собр. соч.: В 6 т. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой. — М.: Педагогика, 1983. — С. 257–321.

Выготский Л. С. Лекции по психологии. — СПб., 1999.

Выготский Л. С. Педагогическая психология / Под ред. В. В. Да-выдова. — М.: Педагогика-Пресс, 1999.

Выготский Л. С. Орудие и знак в развитии ребенка // Собр. соч.: в 6 т. — М., 1984. — Т. 6. — С. 9–74.

Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. — М., 2005.

Гальперин П. Я. К проблеме внимания // Хрестоматия по психологии. — М., 1987. — С. 169–175.

Гальперин П. Я., Кабыльницкая С. Л. Экспериментальное формирование внимания. — М.: Изд-во Московского университета, 1974. — 102 с.

Глозман Ж. М., Потанина А. Ю., Соболева А. Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. — СПб., 2006.

Глозман Ж. М. Нейропсихология детского возраста: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2009. — 272 с.

Голишникова Е. И. Педагогические условия формирования обобщенных компонентов логического мышления младших школьников с задержкой психического развития: Дис. ... канд. психол. наук. — М., 2004.

Гонеев А. Д., Лифинцева Н. И., Ялпаева Н. В. Основы коррекционной педагогики. — М., 1999.

Деменчук Р. В. Память у детей с разными формами задержки психического развития: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2002.

Давидчук А. Н. Развитие у дошкольников конструктивного творчества. — М.: Просвещение, 1976. — 79 с.

Демьянов Ю. Г. Диагностика психических нарушений (практикум). — СПб., 1999.

Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. — М., 1984.

Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей / Под ред. С. Г. Шевченко. — М.: АРКТИ, 2001.

Диагностика психического развития / Под ред. Й. Шванцары. — Прага, 1978.

Дидактические игры и занятия с детьми раннего возраста / Под ред. С. Л. Новоселовой. — М.: Просвещение, 1985.

Дробинская А. О. Ребенок с задержкой психического развития: понять, чтобы помочь. — М.: Школьная Пресса, 2005. — 96 с.

Дружинин В. Н. Психодиагностика общих способностей. — М., 1999.

Егорова Т. В. Своеобразие процесса запоминания у детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1972. — № 4. — С. 16–23.

Ермолаев О. Ю., Мариотина Т. М., Мешкова Т. А. Внимание школьника. — М., 1987.



- Ермолаева М. В. Психология развивающей и коррекционной работы с дошкольниками: учебно-метод. пособие. — 2-е изд. — М. : Моск. психолого-социальный ин-т, 2002. — 178 с.
- Жаренкова Г. И. Специфика учебной деятельности // Дети с ЗПР. — М.: Педагогика, 1984. — С. 135–151.
- Жулидова Н. А. Некоторые особенности прогностической самооценки и уровня притязаний младших школьников с задержкой психического развития // Дефектология. — 1981. — № 4. — С. 17–24.
- Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни: Монография. — М.: Медицина, 1981. — 272 с.
- Забрамная С. Д. От диагностики к развитию: Материалы для психолого-педагогического изучения детей в дошкольных учреждениях и начальных классах школ. — М.: Новая школа, 1998.
- Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М., 1995.
- Игревые технологии обучения в начальной школе / Авт.-сост. Е. В. Калмыкова. — М.: Академия, 2007.
- Игры — обучение, тренинг, досуг / Под ред. В. В. Петрусинского. — М.: Новая школа, 1994.
- Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психическом развитии / Под ред. Е. А. Стребелевой, Г. А. Мшиной. — М.: Полиграфсервис, 2002.
- Изотова Е. И., Никифорова Е. В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика. — М.: Издательский центр «Академия», 2004.
- Ильина М. Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. — СПб.: Питер, 2006. — 368 с.
- Ильина М. Н. Развитие ребенка от первого дня жизни до 6 лет. Тесты и развивающие упражнения. — М.: Корона-Принт, 2004. — 160 с.
- Инденбаум Е. Л. Психосоциальное развитие подростков с легкими формами интеллектуальной недостаточности: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 2011. — 40 с.
- Иовлев Б. В., Щелкова О. Ю. Беседа как интерактивный метод клинико-психологической диагностики. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2011. — № 4. URL: <http://medpsy.ru>.
- Казьмин А. М. Методика оценки психомоторного развития детей до 12 месяцев жизни / А. М. Казьмин, Л. В. Дайхина // Вопросы охраны материнства и детства. — 1990. — № 4. — С. 50–53.
- Калмыкова З. И. Пути развития продуктивного мышления младших школьников // Вопросы психологии. — 1978. — № 3.
- Карабанова О. С. Игра в коррекции психологического развития ребенка. — М., 1997.
- Караленя О. А., Носова В. Н. Формирование логического мышления у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с ЗПР [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://collegy.uscoz.ru/load/2-1-0-3854>.
- Катаева А. А., Стребелева Е. А. Дидактические игры дошкольников с отклонениями в развитии. — М., 2001.
- Кисова В. В. Особенности построения системы коррекционных занятий по формированию саморегуляции у дошкольников с задержкой психического развития // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2012. — Т. 14, № 2(5). — С. 1208–1213.

Кондратьева С. Ю. Если у ребенка задержка психического развития. — СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2011. — 64 с.

Коробейников И. А., Инденбаум Е. Л. Проблемы диагностики, коррекции и прогноза при организации сопровождения детей с легким психическим недоразвитием // Дефектология. — 2009. — № 5. — С. 22–28.

Коробейников И. А. Специальный стандарт образования — на пути к новым возможностям и перспективам обучения и воспитания детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 2012. — № 1. — С. 10–17.

Коррекционная педагогика / Под ред. В. С. Кукушкина. — М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д, 2004.

Костромина С. Н. Психология диагностической деятельности в образовании. — СПб.: Питер, 2009.

Костромина С. Н. Учится на пятерки по русскому языку. Как? — СПб.: Еврознак, 2008. — 223 с.

Круглова Н. Ф. Несформированность регуляторно-когнитивной структуры учебной деятельности — причина ее неуспешности // Журнал прикладной психологии. — 2003. — № 4–5. — С. 67–74.

Круглова Н. Ф. Психологическая диагностика и коррекция структуры учебной деятельности младшего школьника. — М., 2004. — 248 с.

Кулагина И. Ю., Пускаева Т. Д. Познавательная деятельность и ее детерминанты при задержке психического развития // Дефектология. — 1989. — № 1. — С. 3.

Куприянова Н. Б., Федосеева Т. Н. Игры и занятия с детьми до 3 лет. — Л.: Медицина, 1974.

Лазурский А. Ф. О естественном эксперименте // Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии / Под ред. И. И. Ильясова, В. Я. Ляудис. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980.

Лебединская К. С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Дефектология. — 2006. — № 3. — С. 15–27.

Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М., 1988.

Левитина С. С. Можно ли управлять вниманием школьника? — М., 1980.

Левченко И. Ю., Забрамная С. Д., Басилова Т. А., и др. Психолого-педагогическая диагностика: учебное пособие для вузов. — М.: Издательский центр «Академия», 2003.

Лубовский В. И. Психодиагностика нарушений развития у детей // Специальная психология / Под ред. Л. М. Шипицыной. — СПб.: Речь, 2010. — С. 44–57.

Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М.: Педагогика, 1989.

Лубовский В. И. Принципы диагностики психического дизонтогенеза и клиническая систематика задержки психического развития / В. И. Лубовский, Г. Р. Новикова, В. Ф. Шалимов // Дефектология. — 2011. — № 5. — С. 17–26.

Лубовский В. И. Современные проблемы диагностики задержки психического развития // Электронный журнал «Психологическая наука и образование» [www.psyedu.ru](http://www.psyedu.ru) / ISSN: 2074-5885 / E-mail: [psyedu@mgppru.ru](mailto:psyedu@mgppru.ru). — 2012. — № 1.

Лукин Е. С., Суворов А. В. Тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга (руководство по использованию). — СПб.: ИМАТОН, 1993.



Лuria A. P. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии. — M.: Academica, 2004.

Лuria A. P. Развитие конструктивной деятельности дошкольника // Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста / Под ред. А. Н. Леонтьева, А. В. Запорожца. — M., 1948.

Лутонян Н. Г. Формирование рациональных способов запоминания у детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1977. — № 3. — С. 18–26.

Мамайчук И. И. Нейропсихологическое исследование гностических процессов у детей с различными формами ДЦП // Невропатология и психиатрия. — 1992. — № 4. — С. 42–44.

Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. — СПб.: Речь, 2003.

Мамайчук И. И., Ильина М. Н. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития. — СПб., 2006.

Мамайчук И. И., Мороз М. П., Чубарова Е. В., Чубаров И. В. Нейропсихологическая диагностика задержки психического развития у детей младшего школьного возраста // Дефектология. — 2002. — № 6. — С. 17–25.

Мамайчук И. И., Шумская Н. А. Взаимосвязь структурно-уровневых характеристик интеллекта и нейропсихологических факторов у дошкольников с задержкой психического развития церебрально-органического генеза // Вестник СПбГУ. — Сер. 12. — 2013. — Вып. 3. — С. 70–79.

Марковская И. Ф. Задержка психического развития церебрально-органического генеза (клинико-психологические корреляции): Автoref. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1982. — 22 с.

Марковская И. Ф. Клинико-нейропсихологическая характеристика задержки психического развития // Дефектология. — 1977. — № 6. — С. 3–11.

Марцинковская Т. Д. Диагностика психического развития детей: Пособие по практической психологии. — M.: ЛИНКА-ПРЕСС, 1998. — 176 с.

Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии. — M., 1992.

Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с проблемами в развитии. — M., 1997. — 304 с.

Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом (младенческий, ранний и дошкольный возраст). — M.: Просвещение, 1991.

Медникова Л. С. Особенности вербализации представлений об окружающем у дошкольников с задержкой психического развития (на примере вербального ассоциирования) // Дефектология. — 2013. — № 1. — С. 40–48

Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2008. — 288 с.

Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К. Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников. — M.: Интелтех, 1994.

Миланич Ю. М. Психология детей с задержкой психического развития: практикум. — СПб.: ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2008.

Надуваев А. А. Тест «Кубики Коса»: методическое руководство. — СПб.: ИМАТОН, 2002.

Небылицын В. Д. Избранные психологические труды / Под ред. Б. Ф. Ломова. — М.: Педагогика, 1990.

Никишина В. Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: пособие для психологов и педагогов. — М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2004. — 126 с.

Николаева В. В., Соколова Е. Т. Рекомендации к составлению психологических заключений // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — М.: Когито-центр, 2000.

Новоселова С. Л. Развитие мышления в раннем возрасте. — М.: Педагогика, 1978. — 160 с.

Овчинников Н. Ф. Новый взгляд на мышление. — Ростов н/Д: РостИздат, 2008.

Основы специальной психологии: учеб. пос. для студ. средн. пед. учебных завед. / Под ред. Л. В. Кузнецовой. — 2-е изд. — М.: Издат. центр «Академия», 2005.

Павлова Л. Н. Знакомим малыша с окружающим миром. — М.: Просвещение, 1987.

Пантиухина Г. В., Печора К. Л., Фрухт Э. Л. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни. — М., 1983.

Парамонова Л. А. Творческое конструирование: психологические и педагогические основы формирования // Дошкольное воспитание. — 2000. — № 11. — С. 53–67.

Переслени Л. И. Механизмы нарушения восприятия у аномальных детей: психологические исследования. — М., 1984.

Переслени Л. И. Психодиагностический комплекс методик для определения уровня развития познавательной деятельности. — М.: Айрис-Пресс, 2006.

Петрова В. Г., Белякова И. В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? — М., 1998.

Пилюгина Э. Г. Занятия по сенсорному воспитанию с детьми раннего возраста. — М.: Просвещение, 1983.

Пилюгина Э. Г. Сенсорные способности малыша. — М.: Просвещение, 1996.

Поддубная Н. Г. Своеобразие процессов непроизвольной памяти у первоклассников с ЗПР // Дефектология. — 1980. — № 4. — С. 31–36.

Поддьяков Н. Н. Особенности познавательного развития детей дошкольного возраста // Актуальные проблемы современной психологии. — М., 1983. — С. 36–42.

Поддьяков Н. Н. Мысление дошкольника. — М.: Педагогика, 1977. — 272 с.

Поддьяков Н. Н. Психическое развитие и саморазвитие ребенка от рождения до 6 лет. Новый взгляд на дошкольное детство. — СПб.: Агентство образовательного сотрудничества, Образовательные проекты, Речь; М.: Сфера, 2010. — 144 с.

Поддьяков Н. Н. Сенсорное воспитание ребенка в процессе конструктивной деятельности // Теория и практика сенсорного воспитания в детском саду / Под ред. А. П. Усовой, Н. П. Сакулиной. — М., 1965. — С. 73–99.

Подобед В. Л. Особенности кратковременной памяти детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1981. — № 3. — С. 17–26.



- Подобед В. Л. Формирование мнемического приема смысловой группировки у детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1987. — № 2. — С. 3–9.
- Пономарева Н. В. Дидактические игры в обучении младших школьников // Начальная школа. — 2009. — № 11. — С. 3–7.
- Порошина Е. А. Психокоррекционная технология формирования произвольной регуляции психической деятельности у детей с задержкой психического развития: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — 2011.
- Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / Под ред. И. В. Дубровиной. — М., 1998.
- Психологическая диагностика / Под ред. М. К. Акимовой, К. М. Гуревича. — СПб., 2003.
- Психологические рекомендации по воспитанию детей в домах ребенка, детских домах и школах-интернатах: Методические рекомендации / Под ред. И. В. Дубровиной, А. Г. Рузской, Д. И. Фельдштейн. — М., 1986.
- Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития / Сост. и общ. ред. В. М. Астапова, Ю. В. Микадзе. — СПб.: Питер, 2002.
- Психолого-педагогическое обследование ребенка / Под ред. М. М. Семаго. — М., 2001.
- Пускаева Т. Д. Об изучении специфики структуры познавательной деятельности детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1980. — № 3. — С. 10–18.
- Пылаева Н. М., Яблокова Л. В. Методы нейропсихологического обследования детей 6–8 лет // Вестник Московского университета: Психология. — 1996. — № 2. — С. 7–10.
- Рабочая книга школьного психолога / И. В. Дубровина, М. К. Акимова, Е. М. Борисова и др.; под ред. И. В. Дубровиной. — М.: Просвещение, 1991.
- Радина Е. И., Новоселова С. Л. Дидактические игры и занятия с предметами // Дидактические игры и занятия с детьми раннего возраста / Под ред. Е. И. Радиной. — М.: Просвещение, 1967.
- Розанова Т. В. Развитие памяти и мышления глухих детей. — М.: Педагогика, 1978.
- Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике: приложение (стимульный материал). — М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2007.
- Рымарёва О. Н. Ранняя реабилитация детей с перинатальными повреждениями нервной системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 22 с.
- Сафади Х. Клинические особенности умственной работоспособности у неуспевающих школьников с задержкой психического развития: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 1997.
- Семаго М. М., Семаго Н. Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. — М., 2000. — 205 с.
- Семаго Н. Я., Семаго М. М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший возраст. — СПб.: Речь, 2005.
- Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте: метод замещающего онтогенеза: учеб. пособие. — М.: Генезис, 2007.

- Семенович А. В., Умрихин С. О., Цыганок А. А. Нейропсихологический анализ школьной неуспеваемости // Журн. ВНД человека. — 1992. — № 1.
- Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. — М.: Академия, 2002.
- Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. — М., 2008.
- Симановский А. Э. Развитие творческого мышления детей: Популярное пособие для родителей и педагогов / М. В. Душин, В. Н. Курров. — Ярославль: Академия развития, 1997. — 192 с.
- Симерницкая Э. Г., Скворцов И. А., Московичюте Л. И. и др. Методика адаптированного нейропсихологического исследования для детских невропатологов. — М., 1988.
- Симерницкая Э. Г. Мозг и психические процессы в онтогенезе. — М., 1985.
- Сиротюк А. Л. Коррекция развития интеллекта дошкольников. — М., 2001.
- Сиротюк А. Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. — М.: Сфера, 2003. — 288 с.
- Скворцов И. А. Исследование «Профиля развития» психоневрологических функций у детей до 7 лет и психологическая коррекция нарушений. — М., 2002. — 19 с.
- Слепович Е. С. Психологическая структура задержки психического развития в дошкольном возрасте. — М.: Владос, 1994. — 124 с.
- Соколова Е. В. Психология детей с задержкой психического развития: Учебное пособие. — М.: ТЦ Сфера, 2009. — 320 с.
- Сорокоумова С. Н. Особенности сотрудничества старших дошкольников с задержкой психического развития со взрослыми и сверстниками в учебно-познавательной деятельности // Дефектология. — 2014. — № 1. — С. 29–37.
- Специальная психология / Под ред. В. И. Лубовского. — М.: Изд. центр «Академия», 2005.
- Страховская В. Л. Лечебная физкультура в реабилитации больных и детей группы риска первого года жизни. — Л.: Медицина, 1991.
- Страховская В. Л., Ладыгина В. Е. Физическое воспитание недоношенных детей. — М.: Медицина, 1990.
- Стребелева Е. А., Мишина Г. А. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития детей раннего и дошкольного возраста: Пособие для учителя-дефектолога: Учебное пособие для вузов. — М.: Владос, 2008.
- Стребелева Е. А. Психолого-педагогическая диагностика детей раннего дошкольного возраста. — М.: Просвещение, 2009.
- Стребелева Е. А. Специальная дошкольная педагогика. — М.: Академия, 2005.
- Стребелева Е. А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии. — М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2005. — 180 с.
- Стребелева Е. А., Венгер А. Л., Екжанова Е. А. Специальная дошкольная педагогика. — М., 2001.
- Стрекалова Т. А. Особенности логического мышления дошкольников с задержкой психического развития // Дефектология. — 1982. — № 4. — С. 51–56.



Стрекалова Т. А. Формирование логического мышления у дошкольников с задержкой психического развития: Дис. ... канд. психол. наук. — М., 1982.

Ульянкова У. В. Индивидуально-типические особенности сферы субъективной активности в учебной деятельности шестилетних детей: Учеб. пособие к спецкурсу для студентов пед. фак. по спец. «Дошк. педагогика и психология». — Куйбышев, 1984. — 98 с.

Ульянкова У. В. О некоторых вопросах теории индивидуального подхода к детям с задержкой психического развития: Учеб. пособие. — Горький: Горьков. ГПИ, 1980. — 58 с.

Ульянкова У. В. Психологические особенности дошкольников с задержкой психического развития и коррекционно-педагогическая работа с ними: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 1983. — 38 с.

Ульянкова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. — М.: Педагогика, 1990. — 180 с.

Ульянкова У. В. Психологические особенности дошкольников с ЗПР и коррекционно-педагогическая работа с ними. — М.: Просвещение, 2008. — 316 с.

Ульянкова У. В., Лебедева О. В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии. — М.: Академия, 2011. — 178 с.

Ульянкова У. В. Дети с задержкой психического развития. — Н. Новгород: НГПУ, 1994. — 230 с.

Усанова О. Н. Специальная психология. — СПб.: Питер, 2006.

Фарбер Д. А. Закономерности формирования структурно-функциональной организации мозга в онтогенезе // Возрастные особенности физиологических систем у детей и подростков: Тезисы докладов. — М., 1990. — С. 291.

Фигурин Н. Л., Денисова М. П. Этапы развития поведения детей в возрасте от рождения до одного года. — М.: Медгиз, 1949.

Филимоненко Ю. И., Тимофеев В. И. Руководство к методике исследования интеллекта у детей Д. Векслера (WISC). — СПб., 1994.

Фрухт Э. Л. Педагогическая работа в доме ребенка // Руководство для врачей домов ребенка / Под ред. Д. В. Дружининой. — М.: Медицина, 1987.

Фрухт Э. Л. Программа воспитания детей в домах ребенка. — М., 1987.

Хайдарпашич М. Р. К обоснованию необходимости формирования представлений о мире у дошкольников с нарушениями развития // Дефектология. — 2013. — № 3. — С. 58–65.

Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей. — 2-е изд. — М.: Российское педагогическое агентство, Когито-центр, 1998. — 128 с.

Чистякова М. И. Психогимнастика / Под. ред. М. И. Буянова. — 2-е изд. — М.: Просвещение — ВЛАДОС, 1995.

Чупров Л. Ф. Психодиагностический набор для исследования интеллектуальной недостаточности у детей младшего школьного возраста (краткое практическое пособие для психологов по использованию диагностической батареи). — М.: OIM.RU, 2003.

Шаумаров Г. В. К оценке значения интеллектуальных тестов в диагностике и изучении развития детей с интеллектуальной недостаточностью // Дефектология. — 1979. — № 6. — С. 16–24.

Шевченко С. Г. Особенности освоения элементарных общих понятий у детей с задержкой психического развития // Дефектология. — 1987. — № 5. — С. 5.

Шошин П. Б. Опознание простых изображений детьми с задержкой психического развития // Дефектология. — 1972. — № 4.

Юрко Г. П. Физическое воспитание детей в доме ребенка // Руководство для врачей домов ребенка / Под ред. Л. Е. Дружининой. — М.: Медицина, 1987.

**Часть 3**

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ  
АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ  
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**



---

## **Глава 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

---

### **1.1. Направления психологической коррекции детей с конституциональной формой задержки психического развития**

Как отмечалось выше задержка психического развития — это вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся различные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и особенностям динамики состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и умственной отсталостью и имеющие тенденцию к положительной динамике при хорошо организованной реабилитационной работе (Емелина Д. А., Макаров И. В., 2011 и др.).

Основные клинические признаки, характерные для всех форм ЗПР:

- запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения);
- эмоциональная незрелость;
- неравномерность развития отдельных психических функций;
- функциональный, обратимый характер нарушений (Брено М. Ш., 1983).

В 1982 г. К. С. Лебединская представила клиническую классификацию, в которой варианты ЗПР дифференцировались по этиопатогенетическому принципу на следующие группы:

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

Использование этиопатогенетического принципа классификации ЗПР имеет большое значение в разработке оказания эффективной медицинской помощи детям с ЗПР, а также в дифференцированной психологической помощи.

Как уже отмечалось, для детей этой клинической группы характерны проявления психического инфантилизма и нарушения познавательной деятельности, обусловленные прежде всего незрелостью мотивационной сферы, преобладанием игровых интересов над учебными, в связи с чем наблюдаются выраженные трудности в процессе учебной деятельности, особенно на первых этапах обучения в школе. Дети затрудняются произвольно управлять своим поведением, запоминать, концентрировать и удерживать внимание, планировать и контролировать свою деятельность. В тех случаях когда проявления инфантилизма не осложнены дополнительными неблагоприятными факторами и выражаются только в эмоционально-волевой незрелости, что наблюдается при гармоничном психофизическом инфантилизме, детям свойственна относительная живость восприятия, любознательность, интерес к окружающему. Они активны в игре, привносят в нее творческий элемент, проявляют фантазию. Психическое развитие детей с гармоническим инфантилизмом имеет благоприятный прогноз. При правильной организации воспитания и обучения дети со временем догоняют своих сверстников в учебе, негативные тенденции их личностного развития сглаживаются.

Исследования психологов показали, что у ребенка с проявлениями инфантилизма к началу обучения в школе не сформирована способность произвольно управлять своим поведением. Поступки в значительной мере определяются непосредственным побуждением, и поэтому ребенок не готов обучаться в тех условиях, которые предлагает ему массовая школа. Такие дети наивны и непосредственны, они не понимают до конца учебную ситуацию, часто не вписываются в рамки общепринятого школьного поведения. Им свойственна внушаемость, зависимость от окружающих.

Эмоционально-волевая незрелость при психическом инфантилизме сочетается с преобладанием наглядно-образного или наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, повышенной истощаемостью внимания, недоразвитием словесно-логической памяти. Незрелость мозговой организации психической деятельности у таких детей нередко проявляется

в задержке развития тормозных процессов. Несформированность тормозных функций коры головного мозга в сочетании с незрелостью эмоционально-волевой сферы проявляется у такого ребенка в неадекватных эмоциональных реакциях, в немотивированных поступках, импульсивности.

Основным направлением психокоррекционной работы с детьми этой клинической группы является формирование:

- учебной мотивации;
- познавательной активности;
- произвольной регуляции психических функций.

В многочисленных исследованиях подчеркивается низкий уровень учебной мотивации у детей с ЗПР при всех клинических формах. Как справедливо подчеркивает Л. В. Кузнецова, дисгармоничность мотивационной сферы детей с ЗПР проявляется в расхождении между «знаемыми» и «реально действующими мотивами» (Кузнецова Л. В., 1981). У них длительное время основной деятельностью продолжает оставаться игра, которая, с одной стороны, является ведущим видом деятельности, а с другой — служит своеобразным защитным механизмом от интеллектуального напряжения в процессе учебной деятельности. В исследованиях Н. Л. Белопольской подчеркивается, что игровые мотивы у детей с ЗПР направлены на сохранение целостного привычного функционирования. Кроме того, дети с ЗПР подвержены стрессовым реакциям, и в ситуации повышенной тревоги (опасность не успеть выполнить задание, подвергнуться наказанию) их продуктивность падает. Важным направлением психокоррекционной работы является создание комфортных условий обучения для ребенка с ЗПР с учетом его эмоционально-волевых, личностных и когнитивных ресурсов. Это успешно достигается в школах для детей с ЗПР. Однако многие дети, особенно с гармоничным психофизическим инфантилизмом, с соматогенной и психогенной формами ЗПР, обучаются в массовых школах, где успешная адаптация таких детей требует тесного сотрудничества учителей с родителями и специалистами, сопровождающими ребенка (психологами, логопедами, психоневрологами и др.).

Низкая мотивация учебной деятельности в значительной степени определяется сниженной познавательной активностью ребенка с ЗПР.

## 1.2. Психологическая коррекция познавательной активности у детей с задержкой психического развития конституционального генеза

В педагогической психологии выделяются следующие уровни познавательной активности: репродуктивно-подражательная; поисковая и творческая (Щукина Г. И., 1979) (табл. 61).

Таблица 61

### Уровневая оценка познавательной активности младшего школьника

Оценка	Название уровня	Особенности проявления
Нулевая	Пассивность	Учащийся пассивен, слабо реагирует на требования учителя, не проявляет желания к самостоятельной работе, предпочитает режим давления со стороны педагога
Низкая	Воспроизводящая активность	Стремление понять, запомнить и воспроизвести знания, овладеть способом его применения по образцу. Этот уровень отличается неустойчивостью волевых усилий, отсутствием интереса к углублению знаний, вопросов типа «Почему?»
Средняя	Интерпретирующая активность	Стремление к выявлению смысла изучаемого содержания, познать связи между явлениями и процессами, овладеть способами применения знаний в измененных условиях
Высокая	Творческий уровень	Интерес и стремление не только проникнуть глубоко в сущность явлений и их взаимосвязей, но и найти для этой цели новый способ. Характерная особенность — проявление высоких волевых качеств учащегося, упорство и настойчивость в достижении цели, широкие и стойкие познавательные интересы

### Методы исследования познавательной активности

Для выявления уровня познавательной активности можно использовать наблюдение, индивидуальные беседы с учащимися, анкетирование. Эти методы могут применять как психологи, так и педагоги. Психологи, работающие в образовательных учреждениях для детей с ЗПР, на первых этапах обучения должны присутствовать на всех уроках и целенаправленно наблюдать за детьми.

В процессе наблюдения необходимо фиксировать наличие следующих проявлений у детей с ЗПР: активности, самостоятельности, отвлекаемости.

При оценке *активности* следует обратить внимание на следующие параметры: проявление интереса к предмету; наличие вопросов к учителю; проявление любознательности.

В процессе оценки *самостоятельности* фиксируются следующие моменты: выполняет ли самостоятельно задание учителя; проявляет ли настойчивость в достижении результата.

*Отвлекаемость* можно фиксировать количеством действий ребенка во время урока, не связанных с учебой. Например, играет, смотрит в окно, разговаривает с одноклассником и др.

Критерии несформированности познавательной активности у детей с инфантилизмом:

- большую часть времени отвлекается на уроках (играет, обращается к сверстникам, смотрит по сторонам и др.);
- слабо проявляет активность или не проявляет вообще;
- вопросы к учителю или отсутствуют, или не связаны с учебным предметом;
- самостоятельно не выполняет задания.

Перечисленные критерии отражают низкий уровень познавательной активности у ребенка или ее отсутствие. Следует также отметить, что познавательная активность учащихся с ЗПР требует от учителя умения выбрать ту информацию, которая будет доступна, понятна и интересна детям с ЗПР с учетом уровня их психического развития и особенностями эмоционально-волевой сферы. Познавательная активность может возникнуть, если информация стимулирует воображение, заставляет задуматься, ориентирована на использование предметно-практической и игровой деятельности.

С целью оптимизации познавательной активности детей с ЗПР учителю необходимо:

- использовать большой арсенал наглядных пособий для поддержания интереса к предмету;
- концентрировать внимание детей не только на главном, но и на эмоционально значимом материале, доступном ребенку;
- избегать перегрузки;
- осуществлять индивидуализацию и дифференциацию учебно-воспитательного процесса при тесном сотрудничестве со всеми специалистами, сопровождающими детей с ЗПР (психологами, логопедами и др.);
- дифференцировать объем домашних заданий;
- создавать на уроке атмосферу доброжелательности, принятия ребенка, избегать негативных оценочных суждений;
- сотрудничать с родителями, ориентировать их на реальные возможности ребенка.

У детей с конституциональной формой ЗПР *при гармоничном психофизическом инфантилизме часто наблюдается второй тип познавательной активности (ситуативная активность)*, то есть познавательный интерес проявляется в определенных ситуациях. Нередко они дают быстрые и правильные ответы на вопросы учителя, но это происходит лишь эпизодически, когда информация эмоционально значима для них. Некоторые дети на первых этапах обучения в школе испытывают тревожность и страхи. Психологическая помощь таким школьникам должна быть комплексной, а ее эффективность зависит от работы не только психологов, но и всех специалистов, сопровождающих ребенка. Учитель должен стремиться создать на занятиях доброжелательную атмосферу, которая снимала бы у детей чувство страха, тревожность, зажатость. Атмосфера в классе в значительной степени зависит от умения педагога обращаться к ребенку, соблюдать спокойный тон. Учителю не следует ждать немедленного включения ребенка в работу. Следует помнить, что активность детей с конституциональной формой ЗПР может возрастать постепенно. Если преподаватель заметил, что ребенок играет во время урока, то не следует делать ему замечание при всем классе, надо постараться отвлечь его, предложить доступное ему задание, похвалить.

Однажды к нам обратились родители мальчика 8 лет с выраженным психофизическим инфантилизмом. По заключению ПМК ему было рекомендовано обучение по массовой программе в классе для детей с ограниченными возможностями здоровья. Как-то на уроке он играл с масштабными машинками, которые ему подарили на день рождения. Учительница сделала ему замечание, отняла машинки и потребовала, чтобы он сосредоточился на заданиях. После урока она вернула мальчику машинки, но предупредила, чтобы больше их на уроке не видела. Ребенок очень расстроился и отказался ходить в школу. В процессе психологического обследования было выявлено, что мальчику свойственны повышенная сенситивность, высокий уровень тревожности. Родители обратили внимание психолога на наличие страхов (спит при свете, боится оставаться один дома, страх новизны (неофобии)). Игра в машинки, подаренные любимым дедушкой, являлась своеобразной защитой ребенка от эмоционального дискомфорта, который он испытывал в школе. Психолог познакомил учителя с заключением, обсудил и уточнил совместно с ним стратегические и тактические приемы общения с ребенком.

Учитель в процессе урока не должен предлагать детям с ЗПР учебные задания, требующие быстрого обдумывания, не сбивать во время ответа, стараться не оценивать ответы ребенка негативно перед одноклассниками.

У детей с органическим инфантилизмом нередко наблюдается первый тип познавательной активности. Для них характерны пассивность, слабые реакции на требования педагога, отсутствие заинтересованности как в совместной, так и в индивидуальной работе. В учебную деятельность ребенок включается только под давлением педагога. Перед учителем стоит задача психологического раскрепощения ребенка и эмоциональное включение его в учебную деятельность. Однако такие ученики нуждаются в специальной психологической коррекции, направленной на оптимизацию познавательной активности.

В процессе психологической коррекции целесообразно использовать групповые занятия. Наиболее эффективной психокоррекционной технологией являются «микроуроки». В нашей практике мы использовали «микроуроки», которые проводились психологом и поочередно самими детьми (Сафади Хасан, 1998; Мамайчук И. И., 2001, 2003). В группу включали детей (не более 5 человек) с аналогичными проблемами. Детям предлагалась игра «в школу». Участники рассаживались за парты. На начальных этапах роль учителя играл психолог. Детям давали различные задания.

На первом (установочном) этапе предлагались загадки, которые дети должны поочередно отгадать за три минуты. Использовались песочные часы. На доске психолог рисовал звездочки, как оценки успешной работы. Если ребенок затруднялся в отгадывании, психолог предлагал ему упрощенные загадки. Оценки (количество полученных звездочек) не должны резко различаться у детей. Психолог поощряет каждого ребенка, хвалит его за успешные ответы. Кроме загадок на установочном этапе предлагались следующие упражнения: письмо букв и цифр в воздухе, письмо на теле. На данном этапе использовались также ритмические упражнения с музыкальным сопровождением. Данные психокоррекционные техники способствовали созданию положительного отношения к занятию и его результатам. Затем детям поочередно предлагали сыграть роль учителя. Ребенок давал группе задание из тех, которые задавал психолог, и оценивал результаты выполнения.

На втором этапе (коррекционном) каждый из участников группы дома готовил урок по выбору, например природоведение, математика, русский язык, а затем «преподавал» его детям. Психолог просил детей задавать вопросы, рассказывать, что понравилось или не понравилось. Дети активно включались

в занятие, а родители могли помогать детям при «подготовке урока». Затем давались упражнения на запоминание, внимание, обобщение в форме дидактических игр. После каждого занятия дети обсуждали его результаты.

*На заключительном (оценочном) этапе* участники сами придумывали тему урока и задания.

Следует подчеркнуть высокую эффективность таких занятий. Игровая атмосфера «микроурока», ориентированного на психологическое раскрепощение ребенка и эмоциональное включение в совместную деятельность, способствовала открытости, снижению тревожности и страхов. В результате занятий у детей повысились активность и самостоятельность на уроках.

В процессе групповой психокоррекции, направленной на формирование познавательной активности и продуктивности у младших школьников с ЗПР конституционального генеза, рекомендуется использование психотехники «Найди ошибки». Психолог заранее готовит печатные тексты с допущенными ошибками, песочные часы, которые раздаются каждому участнику. Задача состоит в том, чтобы как можно быстрее найти ошибки в текстах. После окончания задания психолог вместе с ведущим проверяет результаты. Аналогичные задания проводятся на цифровом материале.

### **1.3. Использование дидактических игр в процессе психологической коррекции детей с задержкой психического развития конституционального генеза**

Одним из эффективных средств развития познавательного интереса к учебному предмету является *дидактическая игра*. В дидактической игре содержатся все структурные элементы, характерные для игровой деятельности детей, а именно: замысел, содержание, игровые действия, соблюдения правил и результат. Как отмечается в исследованиях психологов, значение дидактических игр состоит в том, что они развивают у детей с конституциональной формой ЗПР самостоятельность и активность мышления. Важным элементом дидактической игры являются правила, с помощью которых у детей формируются сдержанность, проявляются эмоционально-волевые усилия, дисциплинированность. Дидактические игры в коррекционных целях может проводить не только психолог, но и педагог.

Педагогом дидактическая игра может использоваться на всех ступенях обучения, выполняя различные функции. Место игры в структуре урока зависит от цели, с которой ее использует учитель. Например, в начале урока дидактическая игра может применяться для подготовки учеников к восприятию учебного материала, в середине — с целью активизации учебной деятельности младших школьников или закрепления и систематизации новых понятий.

Психокоррекционная работа с использованием дидактических игр направлена на подготовку детей с ЗПР дошкольного и младшего школьного возраста к восприятию учебного материала, на активизацию учебной деятельности. Например, различные ребусы, кроссворды, «игры в слова» обогащают словарный запас. Загадки помогают развивать образное и логическое мышление, умение выделять существенные признаки, тренируют гибкость ума и сообразительность. Психолог может предложить педагогам, логопедам и другим специалистам, сопровождающим ребенка, разработанные им игровые технологии для использования на уроках. В настоящее время в коррекционной работе с детьми с ЗПР широко применяются дидактические игры, направленные на формирование сенсорно-перцептивных функций (Дидактические игры ..., 1978).

Организация дидактических игр проходит несколько этапов.

*Первый этап — подготовительный* — включает в себя отбор игр в соответствии с коррекционными задачами, возрастными и индивидуальными особенностями детей.

*Второй этап — установочный* — включает ознакомление детей с содержанием игры, с дидактическим материалом, объяснение хода и правил игры, при необходимости показ игровых действий.

*Третий этап — собственно коррекционный* — направлен на формирование у ребенка с ЗПР умения решать не только доступные практические, но и несложные проблемные задачи.

Как уже упоминалось, для детей с ЗПР конституционального генеза характерны сниженная познавательная активность, недостаточность произвольной регуляции и преобладание конкретно-образного мышления над абстрактно-логическим.

Недоразвитие произвольной регуляции четко выражается в недоразвитии свойств памяти и внимания. Для преодоления трудностей в формировании произвольного запоминания необходимо следующее:

- организация деятельности ребенка с направлением его внимания на выполнение конкретного задания;
- помочь в запоминании инструкции через ее разъяснение, повторение сначала взрослым, а затем ребенком;
- сочетание инструкции с показом действия;
- обучение мнемическим приемам.

У детей с конституциональными формами ЗПР наблюдаются трудности смыслового анализа запоминания материала. Обучение детей использованию *мнемических опор* повышает эффективность запоминания материала. Смысловые опоры носят не самостоятельный, а вспомогательный характер и являются средством, помогающим ребенку вспомнить. Для детей с инфантилизмом для повышения эффективности запоминания рекомендуется обучение обобщению, выделению в тексте главных мыслей. Эффективная обучающая методика по созданию мнемических опор разработана К. К. Мальцевой. Обучающая методика состоит из двух частей. Первая — выделение смысловых опор, вторая — составление и использование плана как смысловой опоры мнемической деятельности (Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / Под ред. И. В. Дубровиной. 1998. С. 59–62). В **приложении** представлена данная методика.

Кроме конституциональных форм инфантилизма (гармонический и органический) ряд авторов выделяют *психогенно обусловленный инфантилизм* (Ковалев В. В., 1995; Юркова И. А., 1959, 1971; Лебединская К. С., 1982 и др.). Это вид инфантилизма связан с неправильными условиями воспитания, складывающимися обычно в семьях, в которых ребенок единственный и гиперопекаемый. Чрезмерная опека со стороны родителей, прародителей формирует такие черты, как несамостоятельность, безволие, неумение, а затем и нежелание преодолевать малейшие трудности в обучении. Многие родители чрезмерно уделяют внимание развитию ребенка, расширяют его кругозор самыми разными способами: организуют многочисленные экскурсии, походы в театры, посещают музеи, выставки, при этом не учитывают желание ребенка. Погружая ребенка в развлечения, родители не пробуждают у него интереса, познавательной активности, а лишь принуждают к посещению мероприятий. Это нередко формирует пассивно-потребительское отношение ко всему окружающему. При нормальном интеллектуальном развитии такой ребенок не стремится учиться лучше, так как

это требует волевых усилий, самостоятельно не выполняет домашние задание, у него снижена мотивация учебной деятельности. У таких детей наблюдаются трудности общения со сверстниками из-за себялюбия, эгоизма, неумения согласовывать свои интересы с окружающими. Нередко родители при поступлении ребенка в школу начинают предъявлять ему высокие требования, заставляют делать уроки, фиксированы на его оценках. Такие установки оказывают крайне негативное влияние на инфантильного безвольного ребенка, провоцируют семейные конфликты, что негативно сказывается на психической адаптации. Рассмотрим случай из нашей практики.

Родители Андрея (8 лет 2 мес.) обратились к психологу с жалобой на отказ ребенка посещать школу (прогулы, ложь, отказ делать уроки и др.). До посещения психолога мальчик был проконсультирован психиатром. По заключению психиатра — психический инфантилизм, патохарактерологическое развитие личности. Была рекомендована консультация психолога. Мальчик из обеспеченной семьи, желанный, беременность и роды протекали нормально. Ребенок родился в Германии, где отец был в длительной командировке. Мать не работала, при этом у ребенка были две няни, одна из которых имела высшее педагогическое образование и, со слов матери, интенсивно занималась развитием ребенка с младенческого возраста. Грудное вскармливание прекращено к 7 мес., так как мать уехала вместе с мужем в Италию по службе. Ребенок остался под присмотром двух нянь и родной бабушки, в прошлом педагога. Со слов бабушки, мальчик не проявлял особой привязанности к няням, был близок с матерью, которая активно общалась с ним до отъезда. Рост и развивался нормально, научился чтению в три года, что очень радовало родителей, и они охотно демонстрировали успехи сына своим знакомым. Мать и бабушка отмечали, что ребенок особого интереса к занятиям няни не проявлял, занимался неохотно. Посещал платный детский сад, где также интенсивно занимался с педагогами. Со слов матери, психолог в детском саду обратила внимание на неумение мальчика общаться со сверстниками, ребенок охотно рассказывал, что умеет читать, считать и др. В школу пошел в 6 лет 8 мес. Проблем с учебой не было, но учителя жаловались, что мальчик скучает на уроках, не проявляет интереса к занятиям. Вне школы занимался музыкой, теннисом и посещал секцию фигурного катания. В выходные дни ходил в филармонию или театр. Общение с детьми было ограниченным, в основном контактировал с детьми друзей семьи. Отец обратил внимание на то, что сын не проявляет интереса к занятиям. Во втором классе мальчик стал отказываться ходить в школу, мотивируя это тем, что ему неинтересно.

В контакт с психологом вступает охотно, адекватно отвечает на вопросы. В процессе выполнения тестовых заданий (методика «Кубики Кооса», тест Равена, методика на обобщение методом исключения) внимательно выслушивает задания и хорошо с ними справляется. Сформирована ориентированная основа деятельности, трудностей пространственного анализа и синтеза не выявлено. Внимание

устойчивое с нормальным переключением и распределением. Обобщение по функциональным признакам с четкой мотивировкой ответов. Адекватно реагирует на похвалу. Самооценка завышена, уровень притязаний умеренно занижен. В целом позитивные отношения ко всем родственникам. В процессе беседы с психологом охотно рассказывает о своих одноклассниках, подчеркивая их негативные качества («врет», «ругается», «дурак какой-то» и др.). На вопрос психолога, с кем он хочет дружить, отвечает, что ни с кем: «Они глупые, а им отметки ставят, как и мне». В процессе ролевой игры проявляет импульсивность, несдержанность. Затруднено выполнение корректурных проб и теппинг-теста, что указывает на трудности волевой регуляции деятельности. Родители жалуются на несамостоятельность ребенка, неумение довести начатое дело до конца, отсутствие интересов, связанных с познанием. Отказывается от экскурсий, театров и пр. Анализ показал, что одной из причин нежелания посещать школу были напряженные, негативные отношения с одноклассниками. Обращал на себя внимание отказ от выполнения заданий, требующих сосредоточенности и проявления волевых усилий.

Психокоррекционная работа с детьми с психогенным инфантилизмом должна быть комплексной, с обязательным участием родителей.

*На первом этапе* предполагается включение ребенка в коррекционную группу. В процессе групповых занятий в соревновательной форме детям предлагаются специальные задания, направленные на формирование волевых усилий с помощью физических упражнений, упражнений на развитие произвольного внимания и памяти, дидактические игры.

*На втором этапе* необходимо проведение семейной психологической коррекции.

Обязательным требованием является соблюдение режима дня, когда помимо занятий ребенок может совершать совместные прогулки с родителями. Родители должны повышать познавательную активность ребенка в процессе эмоционально-доверительного общения.

#### **1.4. Психологическая коррекция детей с органическим инфантилизмом**

У детей с *органическим инфантилизмом* на фоне психической незрелости наблюдается недоразвитие произвольного внимания, памяти, недоразвитие зрительно-пространственных функций. В психокоррекционных целях рекомендуется использовать комплекс учебно-игровых занятий для развития произвольного внимания, предложенный Н. М. Пылаевой и Т. В. Ахутиной (Журнал издательского дома «Первое сентября» ([www.1september.ru](http://www.1september.ru)). 2016. № 5).

### «Полянка»

**Цель:** формирование программы отыскания цифр по порядку в таблице со случайным их расположением.

**Психолог.** «Кто здесь нарисован? Правильно, это Буратино. Мальвина попросила Буратино сделать из этой таблицы красивую полянку с цветами. Возьми фломастер и приготовься рисовать. Мальвина хочет, чтобы ты превратил цифры в цветы. Но нужно это делать в такой последовательности, как написано наверху (рис. 20).»

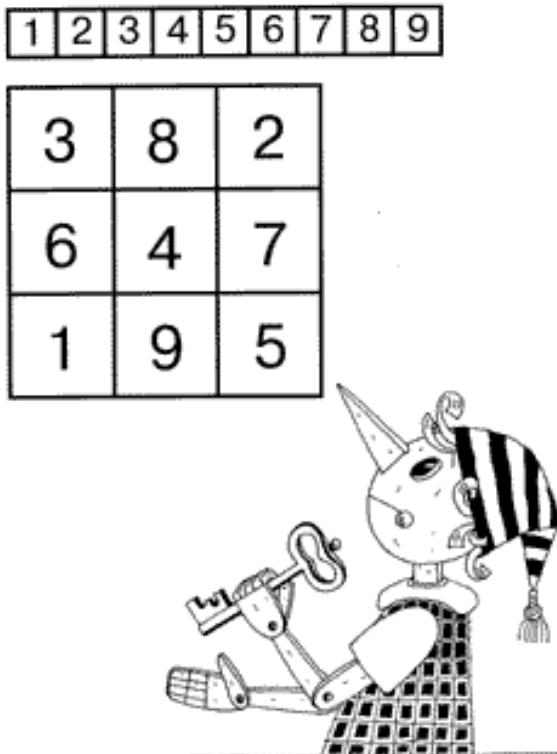


Рис. 20. Иллюстративный материал к упражнению «Полянка»

Сначала обводи по очереди каждую цифру кружочком, это будет серединка цветка. А теперь пририсуй лепестки по тому же правилу. Ты помнишь правило? Правильно: от цифры 1 к 9 по порядку. Готово? Покажи теперь все цветы по порядку. Ты сумеешь сделать это быстро и без ошибок?»

### «Полет шмеля»

**Цель:** закрепление программы отыскания чисел по порядку в свободном поле.

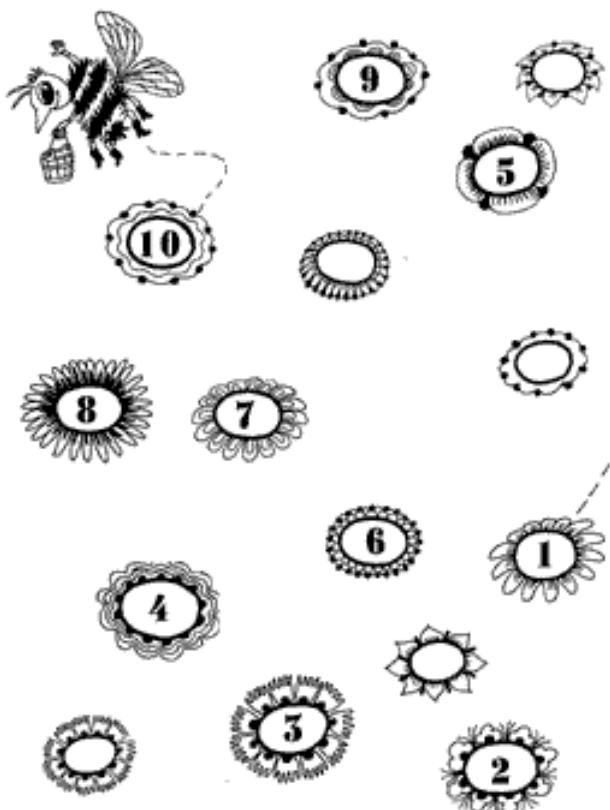


Рис. 21. Иллюстративный материал к упражнению «Полет шмеля»

**Психолог:** «Давай вспомним, как летом пчелы, бабочки, шмели летают с цветка на цветок. На этой картинке цифрами обозначено, как перелетал шмель с цветка на цветок. Давай обведем серединки цветов по порядку. Теперь покажи маршрут (путь), по которому летел шмель. А сейчас нарисуй этот путь» (рис. 21).

### Нарисуй и раскрась

**Цель:** отработка программы отыскания цифр в прямом и обратном порядке, тренировка зрительного внимания.



Рис. 22. Иллюстративный материал к упражнению «Нарисуй и раскрась»

**Психолог:** «Здесь мы видим следы птиц и зверей, а еще цифры. Давай отыщем эти цифры по порядку, начиная с одного. Молодец! Теперь их нужно показать в обратном порядке, но сначала нам нужно потренироваться. Вот тебе карточки с цифрами, разложи их в обратном порядке. В таком же порядке обведи цифры на странице. А теперь как можно быстрее и без ошибок покажи их. В каком порядке ты хочешь показывать? Хорошо. А теперь в другом порядке» (рис. 22).

### «Кто скорее?»

**Цель:** закрепление навыка отыскания цифр; повышение мотивации к выполнению задания через работу в группе; тренировка длительного удержания внимания. Работа может проводиться как в индивидуальной форме (соревнование с педагогом), так и в групповой (соревнование детей) в прямом и обратном порядке.

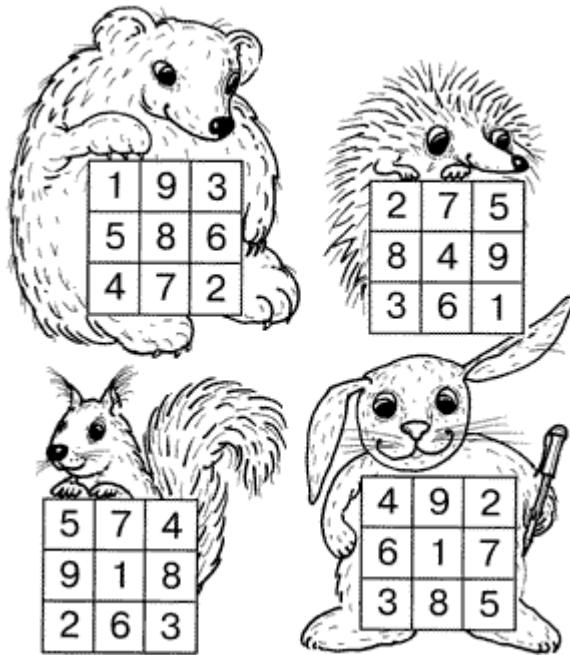


Рис. 23. Иллюстративный материал к упражнению «Кто скорее?»

**Психолог:** «Звери соревнуются, кто скорее найдет цифры по порядку и ни разу не ошибется. Ты кому будешь помогать?.. А я Мишке. Вот секундомер. Ты начнешь искать цифры, я включу секундомер, и посмотрим, как быстро ты их найдешь. Главное — не ошибаться». Ребенок показывает цифры. Время поиска и ошибки фиксируются (рис. 23).

**Психолог:** «Теперь мы с Мишкой начнем искать, а вы с Ежиком следите, не ошибемся ли мы». Психолог намеренно делает ошибку (пропускает цифру или смешивает близкие по начертанию цифры — 7 и 1, 6 и 9). Ребенок, заметив ошибку, сообщает об этом психологу. Аналогично строится работа

в группе. Дети могут меняться таблицами и переходить к следующим.

Итак, психологическая коррекция детей с конституциональной формой ЗПР должна быть направлена на формирование познавательной активности, интенсивному развитию которой способствует соблюдение ряда обязательных условий:

- индивидуальный подход к каждому ребенку;
- использование учителем разнообразных форм учебной деятельности с применением дидактических игр и учебно-игровых методов;
- формирование произвольной регуляции и самоконтроля с использованием психокоррекционных технологий, разработанных отечественными психологами (Пылаева Н. М., Ахутина Т. В., 1998; Семаго Н. Я., Семаго М. М., 2000; Мамайчук И. И., 2003 и др.).

Для детей с психогенным инфантилизмом основным направлением психологической коррекции является работа с родителями с целью формирования у них адекватных установок на процесс обучения и коррекционные занятия с ребенком по оптимизации познавательной активности и формированию конструктивных форм межличностного общения со сверстниками.

Для детей с органическим инфантилизмом определяющим направлением психокоррекционной работы является формирование произвольной регуляции деятельности, пространственных функций, а также развитие познавательных интересов и активности.

---

## **Глава 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С СОМАТОГЕННОЙ ФОРМОЙ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

---

### **2.1. Направления психологической коррекции для детей с задержкой психического развития соматогенного генеза**

Проблема психологической коррекции детям с соматогенной формой ЗПР является весьма актуальной, но практически не разработанной в клинической психологии. Тяжелое соматическое заболевание качественно изменяет социальную ситуацию развития ребенка, снижает уровень его психической адаптации, интеллектуальной продуктивности, ведет к ограничению социальных контактов. Не только больной ребенок, но и его родители пребывают в состоянии пролонгированного стресса в связи с госпитализацией, изнурительным для ребенка лечением, неопределенностью прогноза, изменением образа жизни всей семьи. В связи с этим психологическая помощь ребенку и его семье является важным направлением в системе медицинской и социальной реабилитации детей с ЗПР соматогенного генеза.

Важным психологическим фактором, определяющим течение заболевания и эффективность психологической помощи, является внутренняя картина болезни (ВКБ), которая рассматривается как основной комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, осложняющих течение болезни, препятствующих успешности лечения и реабилитации (Николаева В. В., 1987; Мамайчук И. И., 1997 и др.). На формирование ВКБ у ребенка большое влияние оказывает отношение родителей к здоровью и болезни ребенка. В многочисленных исследованиях убедительно показано, что если родители предъявляют к ребенку с тяжелым соматическим заболеванием адекватные требования,

то у него формируется положительный образ «Я», а постоянные опасения, тревоги родителей о состоянии здоровья ребенка способствуют негативному образу «Я». Неадекватные стили семейного воспитания формируют у ребенка состояние беспомощности, эмоционального дискомфорта, что еще больше усугубляет соматическое состояние и инфантилизирует его. ВКБ у детей с ЗПР соматогенного генеза включает три уровня: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

*Когнитивный уровень* – это знания о своем заболевании и осознание его. В значительной степени он зависит от возраста и уровня интеллектуального развития детей. Ряд авторов справедливо подчеркивают, что дети не понимают причин заболевания, рассматривают их как наказание за непослушание, за несоблюдение гигиены, а в более старшем возрасте связывают болезнь с конфликтами в семье и школе (Арина Г. А., 2009; Исаев Д. Н., 1996; Николаева В. В., 1987; Вахрушева И. А., 2004; Руслякова Е. Е., 2004 и др.). В отдельных исследованиях показано, что осознание болезни зависит не только от возраста ребенка, но и от специфики заболевания. Например, в исследовании Ю. Е. Кургановой отмечается, что кризис осознания болезни у детей с нефрологическими заболеваниями отмечается в предподростковом возрасте (10–12 лет), при лимфостазе начинается в предподростковом и продолжается в подростковом возрасте (10–16 лет), при муковисцидозе – в подростковом возрасте (13–16 лет) (Курганова Ю. Е., 2004). В ряде работ убедительно показано, что когнитивный компонент ВКБ у детей с ЗПР напрямую зависит от самооценки, уровня притязаний, способности к рефлексии. У детей с чрезмерно повышенной или заниженной самооценкой наблюдаются незрелость рефлексии, что приводит к неадекватной оценке своих личностных ресурсов и способствует неглубокому осознанию и переживанию проблем со здоровьем (Мамайчук И. И., 2008; Бадиа Алькаши, 2010 и др.).

*Эмоциональный уровень* ВКБ у детей и подростков с ЗПР соматогенного генеза проявляется в неспецифических реакциях на болезнь и частую госпитализацию. Причем частые госпитализации, отрыв от семьи и привычных жизненных условий многие авторы рассматривают как самый травмирующий психику ребенка факт (Исаев Д. Н., 2005; Мамайчук И. И., 2014; Мамайчук И. И., Крайнюков С. В., 2014 и др.). В исследованиях детей с соматическими заболеваниями без задержки в психическом

развитии показано, что в младшем школьном возрасте у них преобладает уровень непосредственно-чувственного отношения к болезни, а именно: болевые ощущения, неприятные процедуры лечения, наблюдается недооценка тяжести и последствий заболевания. С возрастом на первый план выступает уровень эмоциональной оценки болезни и ее последствий, то есть возрастаёт переживание болезни (Руслякова Е. Е., 2004; Милейко М. В., 2008). У детей с соматогенной формой ЗПР отношение к болезни не затрагивает смысловой иерархии личности, и у них значительно позже формируются переживания болезни и ее последствий (Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004).

Стойкая астения, снижающая общий психический тонус у ребенка с ЗПР соматогенного генеза, приводит к нарушениям эмоционально-волевой сферы (Лебединская К. С., 1982; Лебединский В. В., 1985; Николаева В. В., 1987 и др.). В исследованиях особенностей психического развития детей с соматогенной формой ЗПР подчеркивается негативная роль личностной тревожности, которая формирует готовность к возникновению негативных эмоциональных реакций и дезадаптации детей в социуме. При неблагоприятных условиях, например длительной госпитализации, повышенная эмоциональность способствует формированию эмоционального напряжения, что может проявляться в неврозо-подобных реакциях (раздражительность, капризы, конфликты с окружающими и др.). У детей с данной формой ЗПР наблюдается также высокий уровень фрустрационной напряженности (Мамайчук И. И., Лапкин Ю. М., Лихачева Е. М., 1986; Мамайчук И. И., 1993; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004).

*Поведенческий уровень* отношения к болезни включает в себя выработку определенной стратегии поведения ребенка в ситуации болезни, то есть принятие роли больного, борьба с болезнью, установка на нее. В отличие от взрослых больных, у детей и подростков почти не наблюдается «отрицание болезни» и «уход в болезнь» проявляется в защитных механизмах их личности, таких как фантазирование, регресс, уход от проблем, вытеснение и др. (Мамайчук И. И., Соловьева Е. Ю., 1999; Галицына Е. Ю., 2014 и др.).

Центральным звеном психологической помощи является психологическая коррекция, в процессе которой необходимо учитывать сложную структуру особенностей психического развития детей и подростков с ЗПР соматогенного генеза и такие факторы, как:



- социальная ситуация развития;
- выраженность изменений личности и специфика развития когнитивных функций;
- система детско-родительских отношений.

Разработка психокоррекционных технологий включает в себя стратегические и тактические задачи. Стратегические задачи касаются разработки психокоррекционных программ и психокоррекционных комплексов; тактические задачи — разработки конкретных методов и психокоррекционных техник.

Разработка психокоррекционных программ должна быть направлена на гармонизацию личностной структуры детей с ЗПР соматогенного генеза, семейных взаимоотношений и конструктивное решение актуальных психотравмирующих проблем, с которыми сталкивается ребенок или подросток. При составлении психокоррекционной программы необходимо выполнить следующие методические требования:

- четко сформулировать основные задачи психологической коррекции с учетом степени тяжести астенического синдрома и нарушений умственной работоспособности;
- определить содержание, длительность и форму занятий с учетом специфики эмоциональных и поведенческих проблем у детей и подростков, степени тяжести нарушения их когнитивных и эмоциональных функций;
- определить формы и направления профессиональных контактов с другими специалистами, работающими с ребенком или подростком (врач-педиатр, врач-невропатолог, педагог, социальный педагог, учитель, родители и другие члены семьи);
- отобрать соответствующие психокоррекционные методы с учетом возраста, психологических особенностей и конкретных проблем ребенка и подростка;
- предварительно разработать методы анализа и оценки динамики психокоррекционного процесса;
- выбрать форму психокоррекционной работы с ребенком или подростком (индивидуальная, групповая или семейная).

Психокоррекционная программа для детей с ЗПР соматогенного генеза состоит из нескольких блоков. Содержание и задачи в рамках каждого блока уточняются в зависимости от степени тяжести ЗПР, индивидуальных и возрастных характеристик.

Как подчеркивалось выше, у детей с ЗПР соматогенного генеза наблюдаются не только соматические заболевания,

а также сопутствующие неврологические нарушения. Это негативно отражается и на развитии личности ребенка, и на его работоспособности. Негрубые нарушения высших психических функций у них проявляются в когнитивном дефиците, что обусловлено нарушением синхронности созревания отдельных мозговых структур и проявляется в недоразвитии устойчивости внимания, памяти, в недоразвитии самоконтроля целенаправленности деятельности (Лебединский В. В., 1985; Мамайчук И. И., 2003; Порошина Е. А., 2011 и др.).

## **2.2. Формирование произвольной регуляции деятельности у детей с задержкой психического развития соматогенного генеза**

Формирование произвольной регуляции является одним из важных направлений в психологической коррекции детей с соматогенной формой ЗПР. В специальных исследованиях Е. А. Порошиной были выявлены следующие признаки нарушений структурных компонентов произвольной регуляции у детей с ЗПР соматогенного генеза:

- затрудняются избирательно реагировать на предъявляемые стимулы;
- испытывают трудности переключения с одной заданной программы на другую;
- затрудняются устойчиво следовать заданной и усвоенной программе серийной организации действий;
- затрудняются самостоятельно выстраивать стратегию программы деятельности и контролировать ее;
- демонстрируют слабость тонуса крупной и мелкой моторики, высокую истощаемость и утомляемость психической активности в условиях умственной нагрузки.

Тенденция к истощаемости психической деятельности, снижение активного внимания являются результатом дефицитарности энергетического компонента психической активности и негативно отражаются на формировании структурных компонентов произвольной регуляции на всех уровнях психической деятельности (Порошина Е. А., 2011).

Автором была разработана психокоррекционная технология формирования функций произвольной регуляции для детей с ЗПР соматогенного происхождения, которая заслуживает положительной оценки и может широко использоваться в системе психологической коррекции этой клинической группы детей.

## Этапы проведения психокоррекционной работы

*1-й этап – диагностический.* Включает в себя изучение анамнестических данных и использование методик нейропсихологической диагностики произвольной регуляции психической деятельности, адаптированных для детского возраста А. В. Семенович (2002) и Л. С. Цветковой (1998), которые позволяют выявить причины и механизмы, приводящие к нарушениям произвольной регуляции психической деятельности; методику Шульте, исследующую способность следования заданной программе, произвольность сенсомоторных реакций и работоспособность; опросник J. Swanson, позволяющий качественно оценить особенности произвольной регуляции на уровне поведения.

*2-й этап – установочный.* Направлен на создание у ребенка положительного настроя на посещение занятий и мотивирование родителей на длительную совместную работу. Родителям разъясняется смысл и задачи программных элементов и необходимость выполнения рекомендаций и домашних заданий.

*3-й этап – собственно психокоррекционный.* Заключается в проведении психокоррекционной работы по формированию произвольной регуляции у детей с ЗПР соматогенного происхождения. Работа на этом этапе была разделена на три последовательных и взаимосвязанных курса по формированию произвольной регуляции и проводилась в течение десяти месяцев календарного года.

### Последовательность проведения курсов

Первый курс – 16 занятий (рассчитан на два месяца, по два занятия в неделю, продолжительность одного занятия 45–50 минут) – направлен преимущественно на оптимизацию нейродинамического компонента и непроизвольного уровня саморегуляции, а также коррекцию произвольности на двигательном уровне. После первого курса занятий детям дается перерыв – 2 месяца.

Второй курс – 16 занятий (2 месяца, по той же схеме) – направлен преимущественно на закрепление произвольной регуляции двигательных функций и коррекцию произвольности когнитивных процессов с привлечением техник визуализации, телесно-ориентированных методов и конструктивных методов. Далее – двухмесячный перерыв, дающийся для закрепления полученных результатов.

Третий курс (завершающий) также состоит из 16 занятий, направлен на закрепление и отработку произвольной регуляции на уровне поведения с привлечением игровых и графических методов, а также техник бихевиоральной психотерапии с целью коррекции нарушений поведения.

Автор рекомендует двухмесячные перерывы в занятиях в связи с наличием выраженных астенических состояний, которые проявляются в повышенной утомляемости и истощаемости в условиях умственных нагрузок.

Все программные элементы имеют жесткую повторяющуюся структуру и реализуются в строгой последовательности, что связано со спецификой ведущего дефекта.

Каждый цикл разработанной психокоррекционной технологии реализуется по определенной сюжетной линии, что обеспечивает смысловое содержание и мотивацию выполнения упражнений и заданий. Достижение эффективности психокоррекционной технологии достигается за счет одновременного и систематического использования на каждом занятии методов воздействия на формирование и развитие структурных компонентов произвольной регуляции психической деятельности детей с соматогенной формой ЗПР. Автором предложены методы и методики формирования произвольной регуляции деятельности.

### **Методы организации пространства занятий**

**Цель:** развитие и усвоение алгоритмов (норм и правил), направленных на формирование компонента программирования произвольной деятельности. Эти методы выступают как этапы выполнения большинства заданий и формируют умение самостоятельно выстраивать и регулировать собственную деятельность. При работе над общей организацией деятельности особое внимание уделяется возможностям детей использовать образец, осуществлять перенос образца из одной ситуации в другую, возможностям самостоятельного переноса и др. Данная группа методов включает следующие техники.

1. «*Организация рабочего места*». Перед началом каждого занятия ребенок должен взять свой коврик для занятий, положить его на свое место на полу и занять на нем правильное положение «лежа, ножками в центр». На первом занятии детям показывается и объясняется, для чего нужны коврики, как они должны располагаться во время занятий (разложены по кругу лучиками). Психологический смысл этой техники заключается

в формировании умения следовать правилам, контролировать свою деятельность, обеспечение определенного постоянства.

2. *Техника «само- и взаимоконтроля»*. Детям предлагается проверить, правильно ли они выполнили то или иное задание.

3. *«Организация пространства листа»* (применяется при выполнении графических заданий). Психолог показывает, каким образом на листе должны размещаться рисунки или графические элементы: начинать работу с верхнего угла, слева направо и сверху вниз. Даётся инструкция, как ребенок должен подписать свою работу, например, подписывают только имя в правом верхнем углу или только фамилию снизу в центре листа и т. п. Методики и техники направлены на формирование умений работать по образцу, подчиняться правилам и планировать свою графическую деятельность, вместе с тем метод оказывает воздействие на формирование пространственных представлений ребенка и способности к организации.

### **Методы формирования представлений о системе оценок**

**Цель:** развитие и формирование самоконтроля за деятельность и поведением.

Для детей младшего школьного возраста существенное значение имеет представление о системе оценок и умение оценивать свою работу и поведение, так как в процессе школьного обучения ребенок получает оценки за успеваемость и словесное одобрение или неодобрение своего поведения и деятельности в целом. Оценивание своих действий дается детям младшего школьного возраста с соматогенной формой ЗПР крайне сложно в силу астенизации нервной системы и вторичных нарушений регуляторных процессов, поэтому мы используем внешние методы стимуляции в форме техник бихевиоральной психотерапии, направленных на подкрепление положительных форм поведения.

1. *Техника награждения «медальками»*, представляющими собой небольшие наклейки, которые ребенок получает за выполнение программных элементов и соблюдение правил поведения на занятиях. В конце каждого занятия подсчитывается количество медалек у каждого участника. Ребенок, набравший наибольшее их число, получает одну большую «супермедаль». Такая форма поощрения является внешним подкрепляющим стимулом. Поскольку внутренняя мотивация еще не стала для ребенка необходимостью, все процессы максимально выносятся во внешний план.

**2. Техника «положительного вербального подкрепления».** При награждении или ненаграждении ребенка важно сопровождать оценку анализом ошибок и достоинств выполненной работы. Это закладывает фундамент для формирования адекватной само- и взаимооценки детей.

### **Методы формирования смыслообразующих функций и самоконтроля**

**Цель:** формирование умений ставить цели и следовать им.

Побудительной силой любого произвольного действия является принятное решение, которое направлено на достижение цели. Любая цель, в свою очередь, имеет определенный смысл. Ребенок младшего школьного возраста с ЗПР соматогенного происхождения испытывает значительные трудности в постановке целей, принятии решений, даже самых элементарных на уровне двигательных актов, поэтому необходимо первоначально давать детям строго заданные краткие и четкие инструкции и лишь постепенно переходить к совместному, а затем и самостоятельному созданию программы деятельности, ее реализации и контролю за результатами. Важным фактором является принятие и соблюдение ребенком правил и норм взаимодействия с другими людьми. В связи с этим данные методы реализуются в следующих техниках.

**1. Техника «Домашние ритуалы и обязанности»** направлена на формирование умения придерживаться режима дня, четко следовать гигиеническим и этическим нормам. Указанная техника реализуется вместе с родителями. Совместно составляется распорядок дня, в котором четко указаны часы, отведенные на ту или иную деятельность, например обязательное переодевание в домашнюю одежду и т. п.

**2. «Ритуалы начала и окончания занятия»** включают оригинальные групповые приветствия и прощания. В начале занятия ребенок называет свое имя и показывает жестами и мимикой свое настроение. На последующих занятиях используется игра «Два мяча», когда одновременно по кругу пускаются два мячика и дети должны запомнить последовательность бросания мяча и называть имя участника. В конце каждого занятия подводятся итоги, обсуждаются достижения, раздаются домашние задания и проходит поощрительная совместная игра.

**3. «Обучение правилам поведения»** на занятиях и соблюдение их в играх. В начале занятий обязательно озвучиваются правила и в кратком виде вывешиваются на стену. В ходе за-

нятий внимание детей периодически обращается к правилам. Данная техника также применяется во всех играх с правилами.

4. «*Игры с правилами*» используются нами в начале и по окончании каждого занятия с целью формирования положительного настроя и мотивации на посещение занятий. Обязательным для всех является строгое соблюдение регламента в процессе игры и следование правилам, пренебрежение которыми ведет к неизбежному выходу из нее. Особым элементом игры является напряжение, которое означает неуверенность, неустойчивость, вместе с тем возможность, шанс. Напряжение требует разрядки; чтобы ее достигнуть, необходимо приложить усилие. Напряжение возрастает по мере того, как игра приобретает соревновательный характер, что способствует созданию мотивации и благоприятного эмоционального фона для овладения чем-либо (начиная с правильной манипуляции карандашом и заканчивая умением интерпретировать сложные тексты и сюжетные картинки, решать задачи и т. д.).

5. «*Техники визуализации и воображения*» обеспечивают мысленные репрезентации не существующих в реальности явлений, объектов или событий (зрительные, слуховые, осознательные, обонятельные и другие образы). Данные техники используются как смыслообразующие при выполнении двигательных заданий.

### **Психомоторные, телесно-ориентированные методы**

**Цель:** формирование сенсомоторного обеспечения всех психических функций в силу единства их мозговой организации, активизация общего энергетического, эмоционального и тонического статуса; гармонизация нервно-соединительных взаимодействий. Двигательные процессы являются основной движущей силой психического развития ребенка, начиная с младенческого возраста и частично в раннем детстве. Незрелость двигательных процессов у детей младшего школьного возраста с ЗПР соматогенного происхождения связана с трудностями формирования психологического содержания движений. С целью оптимизации всех компонентов произвольной регуляции деятельности используются следующие техники.

1. *Дыхательные упражнения.* Тренировка делает глубокое медленное дыхание простым, естественным, бессознательно регулируемым процессом. При правильном выполнении упражнений дыхание успокаивает и способствует концентрации внимания. Со временем объем легких увеличивается, усиливается

газообмен и улучшается кровообращение. Под воздействием диафрагмы происходит интенсивный массаж внутренних органов, что способствует общему оздоровлению и улучшению самочувствия. Кроме того, дыхательные упражнения развивают самоконтроль и произвольность на телесном уровне. При выполнении дыхательных упражнений для большего эффекта необходимо дополнительно подключать визуальную и сенсорную системы, используя образное представление. Таким образом, дыхательные упражнения оказывают воздействие на все три функциональных блока мозга.

2. *Растяжки* используются с целью научить детей целенаправленно и сознательно расслаблять мышцы, а затем целенаправленно манипулировать ими. Ребенок учится последовательно, следуя заданной программе, контролировать свои движения и мышечный тонус. Набор техник, используемых в телесно-ориентированной терапии, применяется в разработанной психокоррекционной технологии для выработки произвольного контроля собственных телесных ощущений.

3. *Упражнения на развитие межполушарного взаимодействия*. На формирование реципрокных координаций положительное влияние оказывают упражнения, включающие взаимодействия рук или ног, а также сочетанные движения правой и левой половин тела, плавного перехода с одной двигательной программы на другую с последующим самостоятельным формированием и удержанием программы самим ребенком.

*Ползание* также является многофункциональным упражнением, позволяющим укреплять мышечный тонус, развивать межполушарное взаимодействие, произвольную координацию движений, закреплять пространственные представления. Дети ползают на животе при помощи рук и ног, только рук или ног (одновременные и попеременные движения правой и левой конечностями); на спине; на четвереньках — вперед, назад, вправо, влево, по кругу и т. д.

*Техники «стоп»* — игры направлены на развитие способности управлять своим поведением. Игры и упражнения с командой «стоп» формируют ощущение внутреннего торможения, в результате дети на элементарном уровне учатся управлять своим поведением.

*Развитие и оптимизация произвольности кинетических и кинестетических процессов.* Техника направлена на развитие произвольности соматогностических, тактильных, зрительных

и слуховых процессов. Данные упражнения активизируют возможность плавного перехода с одного вида деятельности на другой на двигательном уровне, развивают умения разворачивать во времени и пространстве плавную кинетическую мелодию и автоматически осуществлять конкурирующие между собой действия.

*Упражнения на развитие произвольной регуляции пространственных представлений.* Формирование пространственных представлений связано с использованием разных систем ориентации в пространстве. Базовой и онтогенетически более ранней системой ориентации является схема тела. Первый шаг в нашей технологии — маркировка правой руки ребенка с помощью цветной резинки. Другие авторы предлагают маркировку левой руки с помощью цветной тряпочки, резинки или значка. Такие маркеры должны присутствовать постоянно. Определение направлений в пространстве относительно своего тела является следующим этапом формирования пространственных представлений. После выработки навыка ориентации в пространстве относительно себя можно переходить к ориентации других объектов относительно друг друга и себя относительно других объектов.

Релаксация проводится в конце каждого занятия для сброса накопившегося напряжения.

### **2.3. Принципы психологической коррекции детей с соматогенной формой задержки психического развития**

Опыт нашей многолетней работы с детьми данной клинической группы позволил выделить следующие направления психологической коррекции с детьми:

- коррекция умственной работоспособности;
- коррекция самооценки и отношений к своему заболеванию;
- формирование способов реагирования на стрессовую ситуацию;
- коррекция негативных способов поведения;
- коррекция родительско-детских отношений.

В табл. 62 представлены стратегические и тактические задачи каждого направления и отдельные психотехники.



### Стратегические и тактические направления психокоррекции

Название блока	Стратегические задачи	Тактические задачи	Психотехники
Коррекция умственной работоспособности	Формирование мнестических функций и внимания	1. Коррекция памяти в различных модальностях (слуховой, зрительной, двигательной). 2. Коррекция свойств внимания. Устойчивости, переключения, распределения, объема	1. Упражнения для развития внимания и памяти ( <a href="#">см. гла- бу</a> ). 2. Психорегулирующие тренировки. 3. Ритмические гимнастики
Коррекция самооценки, отношения к своему заболеванию	Формирование осознанного восприятия себя, своих достоинств и недостатков	1. Обучение детей понимать эмоциональные состояния окружающих и адекватно выражать свое эмоциональное состояние. 2. Формирование произвольной регуляции поведения с использованием рефлексии и самоконтроля. Коррекция тревожности и страхов	1. Психогимнастические упражнения, разработанные М. И. Чистяковой (1990), а также использование больших таблиц и плакатов с изображением различных эмоциональных состояний. 2. Игры и занятия, направленные на программирование своих действий с использованием внешней речи (проговаривание). 3. Игры и занятия по обучению детей контролировать свои действия и самостоятельно исправлять ошибки (корректурные пробы, игры на наблюдательность и др.). 4. Игры и занятия, направленные на предварительное планирование действий с использованием конструктивных проб, рисуночных заданий, моделирования и др. 5. Сюжетно-ролевые, имитационные игры, направленные на имитацию конфликтной ситуации. 6. Интерактивные игры, направленные на межличностное общение. 7. Ролевые игры с использованием сценариев конфликтных ситуаций и моделирование выходов из них. 8. Видоизменение в ситуации конфликта с обязательным обсуждением и моделированием новых вариантов. 9. Дискуссия (для подростков). 10. Игровая терапия с сюжетами ситуаций, провоцирующих тревогу и страхи. 11. Сказотерапия. 12. Арт-терапия. 13. Психорегулирующие тренировки

<p>Формированиеспособов эмоционального реагирования на стрессовые ситуации</p> <p>Обучение методам конструктивного разрешения конфликтных ситуаций</p>	<p>1. Обучение реагированию на стрессовую ситуацию на когнитивном уровне.</p> <p>2. Обучение реагированию на эмоциональном уровне.</p> <p>3. Обучение реагированию на поведенческом уровне</p>	<p>1. Упражнения, направленные на осознание и анализ жизненных проблем, поиск конструктивных выходов из стрессовых ситуаций с использованием ролевых игр, группового анализа конфликтных ситуаций (оценка события как утружающего, имеющего негативный последствия, и т. п.).</p> <p>2. Сказкотерапия.</p> <p>3. Арт-терапия.</p> <p>4. Упражнения на релаксацию, направленные на снятие как физического, так и психоэмоционального напряжения.</p> <p>5. Игровые упражнения, в которых перед участниками ставятся задачи, требующие произвольной регуляции своего поведения.</p> <p>6. Игры, направленные на формирование способности к отвлечению, алtruизма, активной защиты и др. (игры с привилегиями, игры-соревнования, длительные совместные игры с намеченным игровым планом)</p>
	<p>Коррекция негативных форм поведения</p> <p>Обучение самоконтролю поведения и нахождению социально приемлемых форм поведения</p>	<p>1. Перестройка мотивационной сферы и самосознания.</p> <p>2. Обучение объективному пересмыслению своих негативных поведенческих реакций – агрессии, эгоцентризма, лживости и др.</p> <p>3. Обучение прогнозированию возникновения отрицательных форм поведения</p>
		<p>Разработка индивидуальных программ, направленных на формирование структурных изменений в семье: реконструкцию семеиной системы, реконструкцию семеиных отношений, формирование адекватных стилей семейного воспитания ребенка; коррекцию искаженных родительских установок на заболевания ребенка, особенности его эмоциональных и поведенческих проблем</p>

Психологическая коррекция детей с ЗПР соматогенного генеза предполагает соблюдение следующих принципов.

*Принцип многоуровневого подхода* означает учет всех уровней функционирования ребенка как члена социума, а именно: макросоциального, микросоциального, индивидуального.

*Принцип комплексного подхода* означает сотрудничество психолога со всеми специалистами, сопровождающими ребенка, а именно: клиницистами, дефектологами, логопедами, социальными работниками, медицинским персоналом, если ребенок пребывает в больнице.

*Принцип ориентации* не только на позитивные изменения в психическом статусе ребенка с ЗПР соматогенного генеза, но и на особенности его поведения, повседневной активности, успеваемости и качества жизни.

*Принцип направленности на оптимизацию нарушенных психических функций* предполагает опору на личностные и интеллектуальные ресурсы ребенка, а также на его микросоциальное окружение.

*Деятельностный принцип* направлен на проведение психокоррекционных занятий в контексте деятельности, доступной ребенку в зависимости от возрастных и индивидуальных особенностей.

*Каузальный принцип* предполагает коррекцию эмоциональных, когнитивных и поведенческих стереотипов с учетом биологических факторов (специфика болезни) и социальной ситуации развития.

Следует подчеркнуть, что эффективность психологической коррекции детей с ЗПР соматогенного генеза в значительной мере зависит от воздействия на социально-психологическую среду, в которой находится больной ребенок. Успешность такого воздействия можно обеспечить не только с помощью целенаправленной психологической коррекции, но и посредством других видов психологической помощи, в частности психологического сопровождения и психологической поддержки самого ребенка и его родителей.

Психологическая поддержка обычно используется как продолжение психологической помощи детям, которые уже прошли курс психологической коррекции. Основная цель психологической поддержки детей, страдающих ЗПР соматогенного генеза, — это стабилизация и поддержание их адаптации в социуме, а также предотвращение рецидивов эмоциональных и поведенческих расстройств.



Психологическая поддержка может осуществляться не только профессиональными психологами, но и педагогами, родственниками и даже сверстниками больного ребенка при тесном контакте с психологом. Наиболее распространенной формой психологической поддержки можно назвать профилактические беседы, в процессе которых психолог в проективной форме обращает внимание ребенка на ситуации, события и людей, которые могут спровоцировать эмоциональный срыв. В процессе беседы вырабатываются оптимальные стратегии поведения, которые способствуют предотвращению эмоционального срыва.

Психологическая поддержка родителей — это система мер, направленных на:

- снижение эмоционального дискомфорта родителей в связи с заболеваниями детей;
- поддержание уверенности родителей в возможности социально-психологической адаптации детей;
- формирование у родителей адекватного отношения к психологическим проблемам детей и к лечебному процессу;
- сохранение адекватных родительско-детских отношений и стилей воспитания.

Психологическая коррекция, как и другие виды психологической помощи детям с ЗПР соматогенного генеза, требует обязательного участия всей семьи. Эффективность психологического вмешательства напрямую зависит от возможности установления такого системного подхода. Помимо этого позитивные результаты психологической помощи определяются не только профессиональным уровнем клинического психолога, но и уровнем психологических знаний врачей, педагогов и родителей. Только в процессе тесного профессионального сотрудничества возможно добиться успехов в адаптации и гармонизации личности больного ребенка.

---

## **Глава 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХОГЕННОЙ ФОРМОЙ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

---

### **3.1. Виды депривации и типы семейного воспитания детей с задержкой психического развития психогенного генеза**

В отечественной и зарубежной психологии представлено значительное количество исследований, отражающих негативное влияние депривации на дальнейшее психическое развитие ребенка. Условно депривацию можно разделить на три вида:

- эмоциональная депривация (лишение материнского тепла, эмоциональных отношений с матерью или другими близкими) приводит к серьезным проблемам в нервно-психическом развитии, что отражается в особенностях эмоционально-волевой сферы и поведения. Исследования показали, что у детей отмечается снижение познавательной активности, поверхность эмоций, поведенческие расстройства, инфантилизм;
- когнитивная депривация возникает у детей, выросших в условиях острого недостатка стимулов для развития предпосылок интеллектуальной деятельности: восприятия, внимания, памяти, речи, мышления. У таких детей отмечаются ослабление психической активности, бедность словаря, нарушения грамматического строя речи, скучность представлений, трудности концентрации внимания, опосредования процесса запоминания, фрагментарность восприятия;
- социальная депривация, как правило, является следствием семейного воспитания. Неблагоприятные социальные условия, длительно воздействующие и оказывающие травмирующее влияние на психику, способствуют нарушению психического развития, в том числе приводят к ЗПР. Как показывают исследования, это может проявляться при таких стилях семейного воспитания, как гипоопека, эмоциональное отвержение и гиперопека.



В условиях безнадзорности (гипоопеки) у ребенка наблюдается аномальное развитие личности по типу психической неустойчивости, что проявляется в аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости (Сухарева Г. Е., 1959; Ковалев В. В., 1995 и др.). Родители не стимулируют развитие познавательной активности и интеллектуальных интересов, что приводит к дефициту базовых знаний и представлений, необходимых для усвоения школьной программы. К. С. Лебединская отмечает, что ЗПР психогенного генеза следует отличать от явлений педагогической запущенности, которые являются не патологическим явлением, а ограниченным дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации (Лебединская К. С., 1982).

*Эмоциональное отвержение* проявляется в глобальном недовольстве ребенком, постоянном ощущении родителей, что он не « тот », не « такой », например, « недостаточно мужественный для своего возраста, все и всем прощает, по нему ходить можно ». При скрытом эмоциональном отвержении за преувеличенной заботой и вниманием может скрываться бессознательное стремление избегать контактов с ребенком или подростком. При данном типе воспитания у ребенка формируются жестокость, склонность к асоциальному поведению (Личко А. Е., 1983).

*Гиперопека, или воспитание по типу «кумира семьи»,* наблюдается у тревожных родителей. Они потакают капризам ребенка, заставляя его поступать наиболее удобным и безопасным для них способом, а из окружения ребенка устраниются любые препятствия или опасности, как реальные, так и мнимые. В результате такого воспитания формируются такие качества, как несамостоятельность, эгоцентризм, неспособность к длительному волевому усилию. Развитие личности протекает по типу психогенного инфантилизма.

Учитывая высокую роль семейного воспитания в формировании ЗПР психогенного генеза психологическая помощь этим детям должна быть ориентирована не только на ребенка, но и на семью в целом. Именно родители в первую очередь должны пересмотреть свои взаимоотношения с ребенком, увидеть, оценить и осознать проблемы семейного микроклимата и его влияние на психическое развитие ребенка.

### **3.2. Семейная психологическая коррекция расстройств поведения у детей и подростков с задержкой психического развития психогенного генеза**

Семейная психокоррекция — это комплекс воздействий, направленных на гармонизацию семейных взаимоотношений и личностной структуры ребенка (подростка), а также на решение актуальных психотравмирующих проблем, обусловленных нарушенными семейными отношениями. Учитывая полиэтиологичность и сложный механизм формирования поведенческих расстройств у детей и подростков, обусловленных нарушенными внутрисемейными взаимоотношениями, семейная психологическая коррекция опирается на сочетание двух подходов: системно-уровневый и онтогенетический (Шевченко С. Г., 1995; Мамайчук И. И., 2003). Неправильная оценка родителями личности своих детей, искаженное восприятие ребенка, непродуманные действия по отношению к нему и собственное поведение родителей часто являются причинами психогенной формы ЗПР, что сопровождается нарушениями поведения.

Психологическая коррекция нарушенных семейных отношений основана на представлении о семье как о целостной структуре. Семья функционирует как единый организм, члены которого живут и строят свои отношения на основе закона любви. Разрушение семейных связей, антагонизм между поколениями ведут к нарушению нормального развития детей, накладывая неизгладимый отпечаток на всю их последующую жизнь. Как справедливо подчеркивает А. Я. Варга, семейная психологическая коррекция в рамках системного подхода строится на положении о взаимодетерминированности личности и межличностных отношений. Согласно этому положению стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, с одной стороны, и личностные особенности членов семьи — с другой, образуют замкнутый, постоянно воспроизводящийся гомеостатический цикл (Варга А. Я., 2001). Основной акцент в анализе системы семейных отношений делается на семейной иерархии. Родители находятся в позиции старшинства, что предполагает повышение степени их ответственности за детей и исключает представление о семье как об организации равных по статусу людей. В иерархической структуре семьи муж и жена образуют супружескую коалицию, союз. Усиление супружеского союза приводит к стабилизации семьи как системы.

Ориентируясь на системно-уровневый подход к психологической коррекции, мы выделили в семейной психологической коррекции расстройств детей и подростков с психогенной формой ЗПР три уровня: общий, специальный и дифференцированный. Для каждого уровня разработаны стратегические и тактические задачи, представленные в табл. 63.

Таблица 63

### Уровни семейной психологической коррекции детей с задержкой психического развития психогенного генеза

Общий уровень семейной психокоррекции	Специальный уровень семейной психокоррекции	Дифференцированный уровень семейной психокоррекции
<p><b>Задача:</b> участие психолога в организации жизнедеятельности семьи.</p> <p><b>Тактическая задача:</b> разработка профилактических мероприятий, направленных на смягчение эмоционального дискомфорта у членов семьи в связи с проблемами ребенка.</p> <p><b>Психокоррекционные технологии:</b> встречи родительских групп, тренинги, дискуссии, специальные лекции</p>	<p><b>Задача:</b> семейная психокоррекция поведенческих проблем у детей и подростков с учетом их возрастных, психологических и социально-психологических особенностей.</p> <p><b>Тактическая задача:</b> разработка специальных методов психологической коррекции (игровых, групповых, мозготерапии, арт-терапии и др.), направленных на коррекцию коммуникативных проблем, навыков самоконтроля поведения и повышения мотивации учебной деятельности</p>	<p><b>Задача:</b> семейная психокоррекция поведенческих проблем у детей и подростков с учетом их индивидуально-типологических, психологических, клинико-психологических особенностей.</p> <p><b>Тактическая задача:</b> разработка индивидуальных программ, направленных на коррекцию имеющихся конкретных проблем поведения с учетом индивидуальных факторов</p>

Указанные блоки взаимосвязаны и представляют собой единый психокоррекционный комплекс. Процесс психокоррекции состоит из трех этапов: установочно-диагностического, собственно коррекционного и закрепляющего. Рассмотрим каждый из указанных блоков.

Основной целью **гностического блока** является клинико-психологический и социально-психологический анализ информации о семье как целостной системе. Его задачи:

- формирование у родителей и детей адекватного представления о своих личностных особенностях;
- формирование у родителей и детей адекватного представления о своих переживаниях, потенциальных возможностях и стилях семейного воспитания с помощью специальных приемов и техник психокоррекционного воздействия.

## Блоки семейной психокоррекции

### Гностический блок

Установление контакта с семьей, присоединение к семейной системе. Генерирование информации о семье как целостной системе, формирование у родителей адекватного представления о себе и ребенке, стилях отношения и семейного воспитания с помощью специальных приемов и техник

### Конструктивный блок

Оценка психологической готовности семьи к участию в психокоррекции, усиление мотивации семьи к изменениям, определение объема и границ семейной психокоррекции, отбор средств и методов воздействия в соответствии с гипотезой о семейной дисфункции с учетом возрастных и психологических особенностей членов семьи

### Организационный блок

Положительное переформулирование проблемы, с которой обратилась семья, проведение структурных изменений в семейной системе и реконструкция семейных отношений с помощью психокоррекционных технологий, подбор предписаний для членов семьи с целью изменения поведения ребенка

### Собственно коррекционный блок

Установление оптимальных взаимоотношений между членами семьи, формирование новых приемов и способов общения и поведения членов семьи в процессе групповой психокоррекции с участием 2–3 семей со сходными проблемами

### Закрепляющий блок

Проверка достигнутых результатов внутрисемейного взаимодействия на системном уровне, отсоединение семьи от психолога. Проведение дискуссий с родителями, участвовавшими в семейной психокоррекции, на тему родительской компетентности

Внутри этого блока мы выделяем следующие этапы:

- установление контакта с семьей. Присоединение к семейной системе;
- сбор и анализ информации о проблеме, с которой семья обратилась к психологу.

Установление контакта с семьей является определяющим фактором эффективности всего психокоррекционного процесса. С целью установления контакта используются следующие психокоррекционные приемы:

- активное слушание, эмпатическое отношение психолога к тому, кого он слушает;
- приветливость, благожелательность по отношению к семье, создание особой атмосферы, которая отзовется доверием и готовностью к открытости и откровенности в беседе;
- особая деликатность, чуткость, бережность в общении не только с ребенком, но и с родителями;
- спокойный, ровный голос, без проявления превосходства и «всезнайства»;
- избегание пристальных взглядов в сторону ребенка и родителей;
- отсутствие оценочных суждений.

Основными методами, которые используются на этапе сбора первичной информации о семейной системе, являются беседа и психологическая диагностика семьи и семейных отношений с использованием психодиагностических методик и игровых методов психокоррекции.

Беседа является важным методом диагностики семейных отношений. В процессе психокоррекции психолог ограничен во времени, поэтому выдвижение гипотез помогает сконцентрировать проведение беседы, направляет на поиск альтернативных объяснений проблем, открытие особенностей семейных взаимоотношений. Гипотезы бывают двух видов: 1) системные гипотезы о семье; 2) рабочие гипотезы для каждой встречи с целью получения информации для системной гипотезы (Варга А. Я., 2001). При разработке системной гипотезы информация интегрируется на трех уровнях: эмоциональном, когнитивном и поведенческом (чувства, мысли и действия членов семьи). Без гипотез беседа проходит хаотично или занимает очень много времени. В процессе беседы психолог должен придерживаться нейтральной позиции по отношению к полученной информации о семье. Такая позиция повышает эффективность психоло-

гической помощи, снижает чувство вины у членов семьи, дает возможность психологу быть объективным и беспристрастным. Кроме того, нейтральная позиция способствует гибкости психолога в психокоррекционном процессе и не препятствует глубокому пониманию членов семьи.

В дополнение к беседе психолог может использовать диагностику семейных отношений и личностных особенностей членов семьи с помощью опросников, игровых и проективных методов. Результаты беседы и наблюдения сопоставляются с полученными экспериментальными данными. Мы в своей практике использовали опросник родительского отношения А. Я. Варги, В. В. Столина, личностный опросник Р. Кеттелла (детский и подростковый варианты – для анализа структуры личности), метод изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга. С целью исследования уровня понимания родителями своих детей, особенностей их личности и поведения в ситуациях фruстрации можно предложить родителям ответить на вопросы методики Кеттелла и Розенцвейга глазами ребенка. Такой подход является высокоинформативным и отражает искаженные родительские установки на личностные особенности и реакции на фрустрацию у ребенка. Используется следующая инструкция: «Просим вас ответить на вопросы этой методики так, как ответил бы ваш сын или дочь».

При обследовании детей и подростков целесообразно использовать проективные методы: методику Р. Жиля, Детский апперцептивный тест, Тематический апперцептивный тест (подростковый вариант), методику незаконченных предложений, Цветовой тест отношений (А. М. Эткинд, Е. Ф. Бажин). Целесообразно использовать игровые методы, например, «создание семейной скульптуры» и «совместное построение дома из кубиков».

Вышеописанные методы и анализ их результатов позволяют психологу выделять системообразующие факторы, определяющие особенности поведения ребенка и подростка:

- уровень психической дезадаптации родителей и детей, отражающий особенности их эмоционально-волевой сферы и способов эмоционального реагирования на конфликт;
- субъектно-личностное отношение родителей к семье в целом и к семейным проблемам в частности;
- особенности родительских отношений;
- стили семейного воспитания.

С целью объективизации полученных данных в процессе экстенсивных (беседа и наблюдения) и интенсивных методов (опросники, экспериментально-психологические методики) диагностики проводилось совместное обсуждение особенностей личности, поведенческих реакций детей и подростков, анализировались родительские оценки детей, уровень понимания родителями особенностей детей.

**Конструктивный блок** семейной психокоррекции направлен на отбор средств и методов коррекционных воздействий в соответствии с гипотезой о семейной дисфункции с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей членов семьи.

На этом этапе решаются следующие задачи:

- усиление мотивации членов семьи к занятиям и его результатам;
- повышение уровня ответственности родителей за ребенка;
- акцентирование внимания на решении актуальных проблем у ребенка.

В процессе организации работы с семьей ребенка (подростка) с данной формой ЗПР необходимо решать множество вопросов: работать сразу со всей семьей или с отдельными ее членами, начинать работу с проблем ребенком или проблем его родителей и др. Организация психокоррекционного процесса зависит как от индивидуально-психологических особенностей ее членов, так и от специфики проблем, поэтому для эффективной организации занятий нужно использовать разнообразные методы и формы работы. Например, индивидуальная работа с одним из членов семьи, групповая работа, использование директивных или недирективных способов психокоррекционных воздействий. Успешность решения определенных задач психологической коррекции в значительной степени зависит от подбора психокоррекционных техник. Это могут быть техники, широко используемые в зарубежной и отечественной психологической практике. В частности, проигрывание ролей друг друга (Barker, 1981), техника «намеренного бездействия» (Peres, 1979), техника «обмена ролями» (Захаров А. И., 1982), психодрамы (Moreno, 1965; Kipper, 1986), арт-терапия (Захаров А. И., 1985), групповые дискуссии (Мамайчук И. И., 2000) и др.

Большие трудности в процессе психологической помощи детям и подросткам с психогенной формой ЗПР вызывают неправильные, искаженные родительские установки на проблемы

ребенка. К сожалению, большинство родителей ориентируются на отдельные симптомы нарушенного поведения. Например, мать жалуется на то, что сын «не хочет учиться, прогуливает школу, плохо себя ведет», просит психолога помочь ребенку избавиться от этого. Подобный формальный, поверхностный взгляд на проблемы отражает не только искаженные представления о ребенке, но и формирует у некоторых родителей потребительское отношение к психологической помощи. Такие родители избегают ответственности за результат помощи ребенку и стараются полностью возложить ее на психолога.

Важно в процессе психологической помощи корректировать подобную позицию родителей, изменять их установки на психологическую помощь в целом и собственную, родительскую роль в ней. Перед психологом стоит задача переориентации внимания родителей с отдельного симптома на личность ребенка. Этого можно достичь посредством направленных бесед с родителями, в процессе которых психолог знакомит их с результатами данных предварительного психологического обследования, а также посредством совместных психокоррекционных занятий с детьми, организация которых обеспечивает личностный рост каждого ребенка за счет приобретения нового уникального опыта социального взаимодействия. Необходимо также формировать у родителей адекватное представление об их собственных переживаниях, личностных особенностях ребенка и стилях семейного воспитания.

Основной целью **организационного блока** является практическая реализация психокоррекционных задач:

- формирование у родителей и детей адекватного представления о своих личностных особенностях;
- формирование у родителей и детей адекватного представления о своих переживаниях, потенциальных возможностях и стилях семейного воспитания с помощью специальных приемов и техник психокоррекционного воздействия.

Этот блок включает три этапа.

1. Положительное переформулирование проблемы (позитивная трактовка ситуации), с которой обратилась семья с целью изменения неадекватных родительских установок на ребенка.

2. Использование психокоррекционных технологий, направленных на структурные изменения в семейной системе в целом и реконструкцию семейных отношений.

3. Выработка рекомендаций и предписаний, которые психолог предлагает членам семьи в перерывах между психокоррекционными занятиями.

Опыт нашей работы показал, что особые трудности для психолога возникают при работе с семьями, в которых четко прослеживается эмоциональное отвержение ребенка со стороны родителей, наблюдаются разобщенность, взаимные неудовольствия, обиды, ссоры.

Мать Андрея (10 лет) обратилась к психологу с жалобами на отказ сына учиться в школе, постоянные прогулы, грубость: «делает все назло», «плохо относится к младшей сестренке, постоянно с ней ссорится, обижает». Из анамнеза: мальчик от первой нежеланной беременности, матери было 16 лет, отец ребенка находится в заключении. Роды в срок, психомоторное развитие протекало нормально, речь развивалась в срок. С полутора лет посещал ясли, круглогодучную группу. В школу пошел вовремя. Особого интереса к учебе не проявлял. Когда сыну было 6 лет, мать вышла замуж, родила ребенка. Отчим усыновил мальчика, однако воспитанием не занимается, так как «много работает». Мать подчеркивает, что отчим наказывает сына, при этом мальчик его боится, но слушается. Семья проживает с матерью отчима, которая «не любит сына». Анализ показал, что со стороны матери и отчима наблюдается эмоциональное отвержение ребенка с выраженной склонностью к инфантилизации. Мать заявляет, что ребенок раздражает ее своим поведением, что желания обнять, поцеловать сына у нее нет и что к дочке она относится лучше. Со свекровью конфликтные отношения, которые она связывает с «плохим поведением сына».

На начальных этапах психологической коррекции этой семьи были поставлены следующие задачи: смягчить остроту переживаний у матери и отчима в отношении сына. Это успешно достигается методом позитивной трактовки ситуации. Психолог показал матери данные психометрического исследования ребенка, обратил внимание на нормальный уровень интеллектуального развития, на хорошее развитие зрительно-пространственных функций. Мальчик неплохо рисовал, учитель еще в первом классе рекомендовала устроить ребенка в изостудию. В доброжелательной форме психолог обратил внимание на частые конфликты матери со свекровью, что вызывает у мальчика переживания и оппозицию к членам семьи. Положительное переформулирование семейной проблемы оказало позитивное влияние на родителей, особенно на отчима, которого психолог выделила как конструктивного члена семьи. Для закрепления достигнутого результата психолог предложила психотехнику «Вспомнить и перечислить все самое хорошее, что есть у каждого члена семьи».

Реконструкция семейных отношений (**реконструктивный блок**) направлена на решение следующих задач:

- создание эффективной иерархической структуры семьи, в которой родители являются авторитетом для детей;

- усиление родительской подсистемы, в которой родители поддерживают друг друга при предъявлении требований детям.

С этой целью целесообразно использовать такой психотехнический прием, как изменение пространственного расположения членов семьи в кабинете, которое меняет границы семьи. Этот прием имеет диагностическое значение, помогает определить роли в семье: кто за что отвечает, каковы семейные правила.

Традиционно в практике семейной психокоррекции используются социометрические и когнитивные психотехники. Социометрические психотехники: построение скульптуры семьи, семейная социограмма, проигрывание проблемных ситуаций с использованием метафор, что позволяет пространственно отобразить структуру взаимоотношений в семье. Когнитивные психотехники: составление списка семейных правил (что принято в семье и что хочется изменить), списка семейных ценностей и списка обязанностей каждого члена семьи. После этого необходимо совместно с членами семьи обсудить трудности, чувства и переживания, которые сопровождали процесс выполнения заданий.

Рассмотрим некоторые из психотехник.

### «Построение скульптуры семьи»

**Цель:** анализ семейных отношений, семейных ролей и их границ.

**Ход занятия.** Каждый член семьи создает свою скульптуру так, чтобы позы и положения людей в пространстве отражали семейное взаимодействие. Предлагаются следующие темы: «Моя семья сейчас», «Какой я хочу видеть свою семью». Для построения семейной скульптуры достаточно двух-трех человек и нескольких предметов, используемых для замены отсутствующих членов семьи (например, мягких игрушек большого размера). После окончания занятия проводится совместное обсуждение результатов работы, каждый член семьи должен комментировать свои наблюдения. Затем психолог изменяет положения членов семьи в скульптуре в соответствии с семейной иерархией и интерпретирует данные изменения.

### «Семейная социограмма»

**Цель:** выявление положения ребенка, подростка в семейной системе и характер семейных взаимоотношений.

**Ход занятий.** Каждый член семьи рисует реальную и идеальную семейную социограмму: «Моя семья сейчас», «Какой я хочу видеть свою семью». После выполнения задания проводится сравнительный анализ социограмм и их обсуждение.

Анализ социограмм показал, что на начальных этапах семейной психокоррекции детям и подросткам с ЗПР психогенного генеза свойственны переживание эмоционального отвержения, низкая самооценка, опосредованный характер взаимоотношений с родителями. У многих подростков наблюдалось желание быть вне семьи, что проявлялось в обозначении себя на социограмме вне круга.

### «Проигрывание проблемной ситуации семьи»

**Цель:** формирование конструктивных взаимоотношений между членами семьи.

**Ход занятия.** Перед началом занятий разрабатывается сценарий, в котором отражены проблемные ситуации семьи. Например, ребенок нагрубил отцу, получил двойку, украл деньги и др. Психолог задает вопрос членам семьи: «Что нужно сделать, если...» И предлагает родителям поочередно изобразить их реакции сначала без слов, а затем на вербальном уровне. Психолог может попросить несколько раз повторить сцены, отражающие рациональное решение проблемы, стимулируя открытость, спонтанность членов семьи, усиливая мотивацию к изменению поведения. После проигрывания проводится совместное обсуждение трудностей, связанных с выполнением задания. Анализируются неэффективные формы психологической защиты, ригидные повторяющиеся элементы поведения.

Борис П., 9 лет. В семье были выявлены следующие особенности отношений и поведения. Мама просит Бориса быстрее сделать уроки, не сидеть долго. Борис отказывается самостоятельно делать домашние задания, начинает кричать, раскидывать ручки, карандаши: «Я не буду больше делать уроки, я не хочу». Мама также начинает раздражаться и шантажировать его: «Сделай уроки, тогда поедешь с нами в «Макдоналдс». Если ты не сделаешь, то будешь сидеть один дома, а мы с Викой и папой поедем без тебя». Повторяющиеся неконструктивные элементы поведения выявлены во взаимоотношениях отца Бориса со своей матерью (супруги с двумя детьми проживают в двухкомнатной квартире с бабушкой, которая продолжает воспитывать своего сына): после ссоры с ней он может долго не разговаривать, и жена вынуждена улаживать их отношения. От этого она устает, начинает сердиться на мужа, высказывать ему свои обиды. Это приводит к взаимным упрекам и супружеским конфликтам в присутствии

Бориса и его младшей сестры. На вопрос психолога «Как муж общается со своей матерью?» мама Бориса ответила, что он старается совсем не общаться с ней, чтобы не раздражаться лишний раз, только здоровается. На вопрос «Как Борис общается с бабушкой?» мама ответила, что бабушка не особенно вникает в процесс учебы Бориса, ее не интересуют его оценки в школе. Но она может спросить у внука, что он делает в данный момент, чем занимается, когда придет папа, куда ушла мама. Борис, вместо того чтобы ответить бабушке, начинает раздражаться, вступать с ней в спор, вплоть до конфликта. В результате бабушка, обиженная, уходит в свою комнату, а Борис, «взвинченный», уже не хочет делать уроки.

Таким образом, проблемное поведение Бориса аналогично нарушенному взаимодействию его отца с бабушкой. Для того чтобы изменить поведение ребенка, необходимо реконструировать повторяющиеся неконструктивные элементы взаимодействия в родительской и прародительской подсистемах в процессе семейной психокоррекции. Метод проигрывания проблемных ситуаций является весьма эффективным.

### «Обучение домашнего животного новым навыкам»

**Цель:** коррекция семейных отношений.

**Ход занятия.** Ребенок играет выбранную им роль любого животного (котенка, хомячка, рыси), и родители обучают его новым навыкам. Психолог наблюдает за драмой, используя метафору для понимания взаимоотношений в семье, и совместно с семьей интерпретирует ситуацию, избегая критических замечаний.

Использование в семейной психологической коррекции когнитивных приемов позволяет изменять ошибочные убеждения членов семьи относительно друг друга, которые способствуют формированию неадаптивного поведения ребенка. С этой целью используется игра «Списки правил».

### «Списки правил»

**Цель:** коррекция ошибочных представлений и убеждений членов семьи друг о друге.

**Ход занятий.** Члены семьи составляют список семейных правил (что принято в семье, что хотелось бы изменить); список семейных ценностей; список обязанностей каждого члена семьи (например, ребенок составляет список своих обязанностей и обязанностей родителей). После составления каждого списка проходит совместное обсуждение, проводится дискуссия. Членам семьи предлагаются домашние задания с целью самонаблюдения и самоконтроля выполнения обязанностей, включенных в список.

Для закрепления результатов психологической коррекции целесообразно давать семьям предписания, указания относительно того, что и как нужно делать в перерывах между занятиями. Предписания могут быть прямыми, рассчитанными на семьи с высоким уровнем мотивации к изменениям, которые доверяют психологу, и парадоксальными, построенными с учетом того, что семья может игнорировать указания психолога, отказываясь их выполнять. *Прямые предписания* (разъяснения, предложения, рекомендации) имеют целью стимулирование открытого общения в семье, информирование родителей о способах контроля над детьми, помочь в распределении обязанностей в семье, установление дисциплинарных правил. *Парадоксальные предписания* используются в случае игнорирования семьей указаний психолога. Эти предписания следуют логике семьи до тех пор, пока всех не охватит чувство абсурдности. Например, если в семье наблюдаются частые ссоры, тодается задание ссориться чаще, записывая в блокнот дату, время и причину ссоры. На занятиях проводится совместное обсуждение парадоксального задания.

Целью **коррекционного блока** является установление оптимальных взаимоотношений между всеми участниками психокоррекционного процесса (детьми, родителями и другими членами семьи), а также формирование у членов семьи новых приемов и способов общения и поведения. Для оптимизации семейных взаимоотношений, коррекции дезадаптивных установок и нарушенного ролевого поведения проводится групповая психокоррекция с 2–3 семьями со сходными проблемами, желающими участвовать в групповых занятиях. Например, можно объединить 2–3 неполные семьи или семьи с отчимом, мачехой или семьи со сходными проблемами (например, дети прогуливают школу и др.).

Задачи коррекционного блока:

- повышение уровня мотивации членов семей для работы в группе;
- создание условий для активности каждого участника групповой психокоррекции;
- улучшение качества верbalного и невербального компонентов общения;
- раскрытие содержательной стороны внутриличностных и межличностных конфликтов;
- выработка адекватной тактики поведения.



Работа в группе, состоящей из 2–3 семей, строится в соответствии с общими принципами групповой психокоррекции и состоит из четырех стадий: установочной, или стадии разогрева, подготовительной, или уточнения целей, реконструктивной и закрепляющей.

На первой стадии необходимо создать положительную атмосферу, сплотить группу посредством игр и упражнений, стимулирующих спонтанность и двигательную активность. Это могут быть следующие игры: «Прогулка вслепую» — участники с закрытыми глазами 2 минуты перемещаются по комнате; «Контакт руками» — члены группы, свободно двигаясь, пожимают друг другу руки сначала с открытыми глазами, затем с закрытыми; «Прорыв в круг» — участники образуют круг, взявшись за руки, один из членов группы пытается прорваться внутрь; «Падение в круге» — один из участников стоит в центре круга с закрытыми глазами, не отрывая ноги от пола, он падает назад, его подхватывают, перебрасывают в любом направлении, затем его все обнимают и медленно расходятся, оставляя его одного. Каждая игра завершается совместным обсуждением возникших чувств и переживаний.

На второй стадии групповой работы происходит структурирование группы, формируются активность и самостоятельность ее членов, уточняются цели психокоррекционного процесса. Мы использовали сюжетно-ролевые игры и проективные психодраматические игры, направленные на коррекцию невербального и вербального компонентов общения, неадаптивных установок. Для ролевых ситуаций используются разнообразные темы: разговор, который является затруднительным для ребенка и родителей; выражение ребенком просьбы к родителям; предъявление родителями требований ребенку. Возможно также проигрывание противоположной линии поведения (например, ребенку с повышенной агрессивностью, конфликтностью предлагалось проиграть роль миротворца). Так, девочке 10 лет с жалобами со стороны родителей на повышенную конфликтность, непослушание, драчливость в школе мы предложили проиграть роль радостной и спокойной девочки. Члены группы воспроизводили конфликтную ситуацию в школе (на уроке, на перемене), а девочка играла роль, противоположную своей стереотипной ригидной роли в школе, сначала без речи, затем на верbalном уровне. Можно использовать игру «За спиной»: один из членов группы сидит на стуле, повернувшись ко всем



спиной, не принимая участия в обсуждении, а остальные проявляют свои чувства и свое отношение к нему. После проигрывания всегда проводится обсуждение.

В практике групповой семейной психокоррекции целесообразно использовать проективное рисование с целью выявления и анализа внутриличностной и межличностной проблематики участников.

### «Проективное рисование»

---

**Цель:** анализ внутриличностных и межличностных конфликтов у членов группы.

#### Ход занятий

1-я стадия — каждый член группы рисует, что хочет (свободное рисование). После этого члены группы обсуждают рисунки.

2-я стадия — совместное рисование одним карандашом. При этом участникам нельзя договариваться о теме рисования, пользоваться речью. В процессе выполнения таких заданий формируется групповая сплоченность, стимулируются непринужденность общения, спонтанность поведения, ослабляется сознательный контроль.

3-я стадия — участникам предлагаются темы для рисования с последующим обсуждением: «Какой я сейчас», «Каким хочу быть», «Моя самая главная проблема», «Моя семья», «Моя семья в образах животных» и т. д. Возможны и абстрактные темы: «Счастье», «Любовь», «Агрессия», «Сплоченность». Рисунки вывешиваются на стену и обсуждаются.

В процессе коррекции неадекватных эмоциональных реакций можно использовать такой психотехнический прием, как проигрывание конфликтных ситуаций одной из семей в условиях «здесь и теперь», разыгравание с переменой семейных ролей. Это способствует обучению членов семьи умению правильно оценивать ситуацию, правильно понимать партнера по общению, самостоятельно находить нужные формы эмоционального реагирования. После проведения таких игр каждый участник группы комментировал то, что он наблюдал, избегая критических замечаний и оценок. Психолог одобряет тех членов группы, которые проявляют активность, повторяет все продуктивные высказывания участников группы.

После дискуссии проблемная ситуация проигрывается вновь таким образом, чтобы она включала в себя новые конструктивные механизмы взаимоотношений сначала на неверbalном, а затем и на верbalном уровне.

Приведенные игры с вовлечением других членов семей со сходными проблемами позволяют лучше осознать собственные стереотипы поведения и использовать новые идеи, решения в выработке адекватной тактики.

Основной целью **закрепляющего блока** является проверка достигнутых результатов внутрисемейного взаимодействия на системном уровне и отсоединение семейной системы от психолога. С этой целью используются направленные беседы с членами семей.

Например, можно задать следующие гипотетические вопросы: «Если в семье через 2–3 года возникнет сходная проблемная ситуация, каким способом вы ее разрешите? Как члены семьи будут реагировать на данную проблему?», «Если бы этой проблемы не существовало, как функционировала бы ваша семья?». После этого проводится групповое обсуждение ответов.

После окончания психокоррекционных занятий целесообразно организовать специальные встречи с родителями, в процессе которых анализируются результаты работы, обсуждается поведение детей и подростков до и после коррекции, особенности взаимоотношений в семье.

Оценка эффективности семейной психологической коррекции является достаточно дискуссионной проблемой. К позитивным результатам психологической семейной коррекции следует отнести следующие:

- позитивное эмоциональное реагирование на проблему ребенка с установкой сначала понять, почему он так поступил, а затем реагировать;
- расширение репертуара поведенческих реакций;
- стремление к сопереживанию;
- эмоционально теплое отношение к ребенку.

Для объективизации полученных результатов психологической коррекции можно использовать следующие методики: методику диагностики родительского отношения А. Я. Варги и В. В. Столина; тест рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга; методику незаконченных предложений; модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера; цветовой тест отношений А. М. Этtingера, Е. Ф. Бажина.

Например, в результате анализа результатов психологической коррекции по этим методикам мы обнаружили достоверное снижение показателей, отражающих стиль родительского отношения, а именно эмоциональное отвержение и склонность к инфантилизации.

ции ребенка и подростка. Это отражает позитивные изменения у родителей в эмоциональном отношении к своему ребенку, стремление к эмоционально теплому отношению, сопереживанию, доверию.

*Анализ катамнестических данных.* В нашей работе катамнез детей и подростков с психогенной формой ЗПР, участвовавших в семейной психокоррекции, проводился через 1,5 года после занятий. Анализ показал, что наиболее высокая эффективность психологической коррекции наблюдалась:

- в группе детей, у родителей которых отмечалась высокая мотивация к изменениям семейных взаимоотношений;
- если в семейной психокоррекции участвовали все члены семьи: мать, отец/отчим, брат/сестра;
- если родители охотно включались во все предлагаемые занятия, особенно в занятия по проигрыванию проблемных семейных ситуаций, и выполняли прямые или парадоксальные предписания психолога между психокоррекционными сессиями.

Итак, семейная психологическая коррекция детей и подростков с психогенными формами ЗПР способствует позитивным сдвигам в отношении детей к обучению в школе, гармонизации семейных отношений и является одним из эффективных методов в системе психологической помощи.

### **3.3. Психологическое сопровождение детей с задержкой психического развития психогенного генеза**

Однако психологическая помощь детям с ЗПР психогенного генеза не должна ограничиваться только семейной психологической коррекцией. Большое значение имеет психологическое сопровождение детей. *Создание социально-психологических условий* для гармоничного психического развития детей и подростков в социуме является важным структурным компонентом и главной задачей психологического сопровождения. Для реализации данной задачи психолог должен иметь тесный контакт не только с семьей ребенка или подростка, но и с педагогами, одноклассниками, с которыми он обучается и воспитывается. Главная цель психологического сопровождения ребенка (подростка) с данной формой ЗПР в школе — гармоничное развитие его личности путем создания благоприятных условий. Психологическое сопровождение такого рода имеет общие и специальные задачи.

Общие задачи психологического сопровождения:

- создание оптимальных условий для удовлетворения базисных потребностей ребенка (подростка) в активности, самостоятельности;
- формирование у ребенка (подростка) чувства психологической защищенности;
- создание в школе условий для максимально полного раскрытия личности ребенка (подростка), проявления его индивидуальности;
- создание условий для формирования познавательной активности, познавательных процессов, оптимизации творческого потенциала каждого ребенка (подростка).

Специальные задачи психологического сопровождения для детей и подростков с ЗПР психогенного генеза:

- создание условий для формирования оптимальных межличностных отношений в системах «ученик — учитель», «ученик — ученик»;
- создание условий для формирования эмоционально-волевой регуляции поведения в процессе внутригруппового и межгруппового взаимодействия детей (подростков).

Определяющее значение в эффективности психологического сопровождения имеет конструктивный контакт психолога с педагогами. Нередко в школах такой контакт или полностью отсутствует, или носит неконструктивный, а порой разрушительный характер. Это зависит от многих причин, в том числе от статуса психолога в школе, от психологической компетентности педагогов и педагогической компетентности психолога. Например, в некоторых школах психолог занимается социально-психологическим климатом в среде педагогов по приказу директора. Постоянно проводит опросы, анкетирования педагогов или бессистемное тестирование детей. Индивидуальная работа с детьми, а тем более с детьми с проблемами в развитии и поведении при такой организации работы школьной психологической службы отсутствует. Педагоги, как правило, не обращаются к психологу за помощью и рекомендуют родителям посетить психологическую консультацию или обратиться в районный психологический центр.

Мать Володи (14 лет) обратилась к психологу с жалобами на то, что он прогуливает школу, обманывает родителей, «огрызается». В школе, где обучается Володя, есть два психолога, но педагоги посоветовали ей обратиться в психологическую консультацию, мотивируя это тем, что школьные психологи этой проблемой не занимаются, а проводят социометрические исследования.

Такая организация работы школьных психологов дискредитирует школьную психологическую службу. Работа школьного психолога должна быть направлена на формирование психологической компетенции учителей. Психологическая компетентность педагога включает в себя следующие компоненты:

- способность эффективно взаимодействовать с окружающими в системе межличностных отношений;
- умение ориентироваться в ситуациях, в том числе конфликтных;
- умение правильно ориентироваться в личностных особенностях и эмоциональных состояниях окружающих людей;
- умение взаимодействовать с детьми (подростками) и их родителями на основе эмпатии, доверия, сочувствия;
- умение создать в классе благоприятный психологический климат.

Способы повышения психологической компетенции педагогов многообразны. Одним из них является организация семинаров для педагогов, направленных на расширение знаний о психологических особенностях детей и подростков с расстройствами поведения, психологии воспитания и психологии семейных отношений. На семинарах педагоги обязательно привлекаются к обсуждению проблем детей, обмениваются опытом, совместно с психологом вырабатывают пути разрешения существующих конфликтов. Участие самого психолога в процессе семинара должно быть достаточно активным, так как он выступает в роли специалиста. Однако во время семинаров психологу не следует давать оценочные суждения по поводу информации, полученной от учителей о ребенке (подростке), высказывать порицания или советы. Активность психолога должна проявляться в убедительных и аргументированных изложениях конкретных психологических проблем. Семинар организуется с использованием нескольких специальных приемов: лекционные занятия, групповые дискуссии, тренинги (Мамайчук И. И., 2001; Мамайчук И. И., Смирнова М. А., 2014).

Итак, психологическая коррекция детей с ЗПР психогенного генеза должна быть направлена на повышение учебной мотивации, гармонизацию личностной структуры не только в непосредственной работе с ребенком, но и в работе с его близким окружением и педагогами.

---

## **Глава 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

---

В настоящее время все большее значение в системе психологической помощи детям с ЗПР церебрально-органического генеза приобретает **нейропсихологическая коррекция**. Выявленная в процессе нейропсихологического исследования специфика дефицитарности (несформированности) высших психических функций является важным диагностическим критерием для формирования конкретных задач коррекции.

Нейропсихологическая коррекция направлена на развитие, а не на компенсацию функциональных структур мозга. Она направлена на развитие межполушарного взаимодействия, формирование самоконтроля и самокоррекции, развитие произвольного внимания, пространственных функций на всех этапах развития детей с ЗПР. В настоящее время нейропсихологическая коррекция имеет широкий диапазон использования, начиная с профилактики школьной дезадаптации до помощи детям с тяжелыми формами ЗПР церебрально-органического генеза (**более подробно о нейропсихологической коррекции см. в Ч. 2**).

В многочисленных нейропсихологических исследованиях отечественных авторов структура нейропсихологической коррекции включает воздействие на три функциональных блока головного мозга, выделенных А. Р. Лурией (Лурия А. Р., 1973; Ахутина Т. В., 2001; Глозман Ж. М., Потанина А. Ю., 2004; Ахутина Т. В., Пылаева Н. М., 2008; Глозман Ж. М., 2009; Семенович А. В., 2009 и др.):

1-й блок — блок энергетического потенциала ребенка;

2-й блок — блок приема и переработки информации;

3-й блок — блок программирования, контроля и регуляции собственной деятельности.

Для детей с ЗПР с дефицитарностью программирования, контроля и регуляции собственной деятельности (**блок 3**) коррек-

ционная работа должна быть нацелена на формирование этих функций.

Важным направлением психологической коррекции является формирование произвольной регуляции сенсорно-перцептивных, сенсомоторных, зрительно-пространственных, мнемических функций у детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

Основные задачи данного блока:

- формирование регуляции простейших двигательных актов;
- формирование навыка ориентировки в задании;
- формирование умения планирования этапов выполнения задания;
- формирование основных способов самоконтроля на каждом этапе выполнения задания;
- формирование умения осуществлять словесный отчет о совершающем действии и его результате.

Для эффективности занятий данного блока необходимо соблюдать следующие методические требования.

- Четкая организация времени и пространства для коррекционных занятий. Ребенок должен иметь постоянное место для занятий, свои принадлежности, например альбом для рисования, карандаши и др. Не должен опаздывать или раньше уходить с занятий. Эти требования способствуют формированию самоконтроля и организованности.
- Формирование у ребенка адекватного восприятия оценок собственной деятельности. Это достигается с помощью верbalного подкрепления его успехов и способствует формированию адекватной самооценки.
- Формирование положительной мотивации на процесс занятий с использованием специальных игр с правилами.
- Использование психорегулирующих тренировок, включая дыхательные упражнения, релаксации.
- Формирование произвольной регуляции движений в процессе конструктивной и графической деятельности в зрительно-гаптической и гаптической модальностях.
- Проведение занятий в рамках ведущей деятельности, доступной детям с ЗПР дошкольного и младшего школьного возраста.

Опыт нашей работы показывает высокую эффективность для развития зрительно-пространственных функций и произвольной регуляции деятельности занятий по конструированию, как одного из видов продуктивной деятельности. Конструктивная

деятельность включает в себя следующие структурные единицы:

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

В наших исследованиях было выявлено несколько групп детей с ЗПР в зависимости от качества выполнения конструктивных проб (Сафади Хасан, 1998; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004). Анализировались особенности выполнения конструктивных проб по методике Кооса (из набора детского варианта методики Векслера). Дети были разделены на три группы в зависимости от успешности и особенностей выполнения конструктивных проб (табл. 64).

Психологические исследования трудностей программирования и самоконтроля детей с ЗПР с нарушениями функций внимания позволяют выделить три группы

*Первая группа* — дети с ЗПР, у которых трудности программирования, регуляции и контроля деятельности обусловлены избирательной познавательной активностью. Это проявляется в тенденциях быстрого переключения внимания внутри одной программы (с одного элемента на другой), в трудностях поддержания алгоритмов деятельности. Важным коррекционным методом для детей этой группы является речевое опосредование действий.

В коррекционной работе показала свою эффективность следующая психотехника. Предложите ребенку на один хлопок сделать два хлопка, а на два — один. Возникающая конфликтная ситуация провоцирует импульсивные реакции у ребенка, и чтобы их минимизировать, психолог предлагает перед ответом проговорить свои действия — называть вслух количество хлопков, которые предстоит сделать.

*Вторая группа* — дети с ЗПР, у которых выражены затруднения в контроле за выполнением задания. Дети в процессе выполнения корректурных проб или других заданий, как правило, не исправляют самостоятельно своих ошибок из-за того, что не замечают их.

Таблица 4

## Глава 4. Психологическая коррекция детей с задержкой психического развития

28

**Особенности выполнения конструктивных заданий у детей с задержкой психического развития**

Группа	Способы конструирования	Анализ ошибок	Направления коррекции	Психотехники
1-я	Сохранена почти вся структура конструктивной деятельности, а именно: ориентированочная основа действий, умение удерживать конечную цель и создавать общую схему конструирования	Эффективность выполнения конструктивных заданий была снижена в связи с недоразвитием пространственного синтеза. Такие ошибки наблюдались у детей с выраженной парциальной недостаточностью теменно-затылочных структур мозга (блок 2)	Формирование пространственного анализа и синтеза	Занятия, направленные на поэтапное развитие восприятия форм предмета (узнавание фигур Полипельтерта, рисование незаконченных форм, ленка фигуры с различными формами, сложение специальных форм из мозаики). Осознательное восприятие предметов различной формы, величины и др. Диалектические игры и упражнения (ориентировка в схеме собственного тела, ориентировка в пространстве комнаты, на плоскости; определение пространственного расположения элементов букв; пространственный практис (наглядный и речевой варианты проб Хеда); определение правильного и неправильного написанных букв, графические диктанты)
2-я	В целом у детей наблюдалось позитивное принятие заданий. Дети предварительно не обследуют образцы, а сразу приступают к конструированию, используя метод проб и ошибок, не контролируют свои конструктивные действия	Трудности в предварительной ориентировке в задании	Формирование ориентировочной основы деятельности	С использованием метода модельного конструирования обучение детей предварительному анализу обследованного образца-модели с помощью психологии, который обращал внимание на структуру образца-модели, предлагал ребенку его ощупать, выделить в нем существенные компоненты, предварительно подбирая детали для построек. На последующих занятиях ребенок самостоятельно должен обследовать образцы и рисунки, самостоятельно исправлять ошибки
3-я	Принятие заданий, но выраженные трудности создания общей схемы конструкции в достижении конечной цели	Трудности как в предварительной ориентировке в задании, так и в пространственном анализе и синтезе	Формирование ориентировочной основы деятельности и пространственного анализа и синтеза	Обучение предварительному обследованию образцов моделей с использованием осознания, верbalизации пространственных признаков. Техники визуализации и воображения, включающие в себя мысленные презентации зрительных осязательных образов, при выполнении двигательных заданий
4-я	При выполнении заданий наблюдается выраженное истощение. Например, ребенок может успешно выполнить сложное задание, а при предъявлении легкого задания в конце занятия допускает ошибки	Трудности в связи с нарушениями внимания, что проявляется в неспособности внимания, в сниженной концентрации, объеме и избирательности внимания	Формирование произвольного внимания	Психотехнические игры на формирование произвольного внимания у детей. Игра «Что изменилось?», «Запомни цифры», «Запомни движущийся». Упражнения на распределение внимания и др.

Коррекционная работа с этой группой детей должна быть направлена на обучение регулярным проверкам, целенаправленному поиску ошибок. С этой целью можно использовать тексты с ошибками, тексты с пропущенными буквами, решение задач и примеров с неправильными ответами. Такие занятия целесообразно проводить в группе, где дети, кроме самопроверки, находят ошибки у друг друга.

*Третья группа* — дети с ЗПР, у которых выражены трудности планирования собственной деятельности в процессе выполнения заданий, не имеющих однозначного способа решений, то есть тех заданий, которые требуют стратегии собственной деятельности. Например, модельное конструирование, когда перед ребенком стоит задача создания плана деятельности, подбора блоков, примеривания и др. Психолог основной упор делает на создание плана действия с обязательным его проговариванием. В нашей практике мы использовали не только модельное конструирование, а также «игры-лабиринты», «незаконченные предложения», подбор обобщающих слов, задачи и примеры с инвертированным ходом решения и другие техники.

Наш опыт подтверждает высокую эффективность в формировании произвольной регуляции деятельности заданий по координации графических движений и конструктивных действий с выключением зрения. Эти задания проводятся поэтапно.

### **Графические задания**

*На первом этапе* ребенку предлагается трафарет, по которому он выполняет графические движения без контроля зрения.

*На втором этапе* ребенок изображает простые геометрические фигуры с последующим изменением их величины.

*На третьем этапе* ребенка обучают на ощупь ориентироваться в пространстве листа бумаги и изображать знакомые фигуры (в середине, с краю, на правой и левой стороне, в верхнем левом углу, в правом нижнем углу и др.).

*На четвертом этапе* ребенок изображает фигуры после гиптического восприятия, по инструкции психолога нужно нарисовать их на листе бумаги (правый, левый угол, в середине, внизу и др.).

### **Конструирование без зрительного контроля**

*На первом этапе* — конструирование без зрительного контроля по заданию психолога (башни из различного числа ку-

биков, дорожки, дома, в основании которых два, три и больше кубиков и разные этажи).

На втором этапе — конструирование без зрительного контроля простых геометрических фигур из палочек одинаковой величины и разной величины.

На третьем этапе — конструирование по замыслу без контроля зрения.

С целью решения поставленных задач можно использовать дидактические игры и упражнения, направленные на:

- анализ инструкции к заданию;
- пошаговый анализ работы;
- подбор дидактических игр на сравнение, нахождение и исправление ошибок в рисунке, в тексте, в задаче и др.;
- речевую регуляцию деятельности ребенка;
- групповое обсуждение ошибок и способов их исправления;
- использование психотехнических заданий в различных модальностях (зрительная, осязательная, двигательная и др.).

Нейропсихологическая коррекция когнитивных процессов у детей с ЗПР церебрально-органического генеза может проводиться в двух формах: индивидуальной и групповой. Опыт нашей работы показывает высокую эффективность групповых форм психологической коррекции детей с ЗПР.

При формировании группы необходимо учитывать структуру дефекта ребенка, степень его тяжести, а также возрастные особенности. Желательно формировать группу с одинаковой клинической формой ЗПР и степенью тяжести. Индивидуальную форму работы целесообразно использовать с детьми с выраженной парциальной несформированностью высших корковых функций с речевыми и двигательными проблемами.

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

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

Итак, психологическая коррекция гностических функций у детей с ЗПР церебрально-органического генеза является центральным звеном в системе психологической помощи. Особое

место занимает нейропсихологическая коррекция, которая направлена на переструктурирование нарушенных функций ЦНС ребенка и создание условий для дальнейшего его обучения и адаптации. В процессе нейропсихологической коррекции необходимо ориентироваться на следующие принципы.

1. *Принцип системного подхода* заключается в том, что психологическая коррекция должна быть направлена не на преодоление выявленного дефекта, например на дефицитарность свойств внимания или зрительно-пространственного гноэза и праксиса, а на гармонизацию интеллектуального и личностного развития ребенка с ЗПР в целом.

2. *Принцип деятельностного подхода* предполагает проведение психокоррекционных занятий в процессе деятельности, доступной ребенку (предметно-практическая игровая, учебная), а также с опорой на сохранные формы деятельности.

3. *Принцип взаимосвязи морфогенеза мозга и психического развития ребенка предусматривает* обязательный учет влияния уровня зрелости структур мозга и нервной системы на психическое развитие, то есть влияние биологических факторов на формирование психики. Соблюдение этого принципа требует от психолога не только определенных знаний в области неврологии детского возраста, но и тесного контакта с клиницистами.

4. *Принцип личностного подхода* предполагает опору на эмоциональные, индивидуально-типологические и личностные ресурсы ребенка.

5. *Принцип поэтапности* подразумевает последовательное воспроизведение нарушенных этапов развития гностических процессов у ребенка.

6. *Принцип от простого к сложному.*

7. *Принцип программирования*, предложенный Микадзе, предусматривает разработку программ, состоящих из ряда последовательных операций, выполнение которых приводит к восстановлению или формированию отдельных высших психических функций.

*Программа психологической коррекции* должна соответствовать следующим требованиям.

- Формулирование основной цели психологической коррекции и ее конкретных задач на основе анализа нейропсихологического профиля ребенка с ЗПР, психометрических и индивидуально-психологических особенностей.



- Определение стратегических и тактических направлений коррекции.
- Определение формы работы с детьми с ЗПР (групповая, индивидуальная или смешанная).
- Отбор доступных детям психокоррекционных методов с учетом возрастных и клинико-психологических особенностей.
- Разработка программы психологической коррекции непосредственно психологом, но ее реализация в тесном контакте с другими специалистами, сопровождающими ребенка с ЗПР церебрально-органического генеза (логопед, дефектолог, педагог-психолог).
- Оценка результатов психологической коррекции совместно с другими специалистами, сопровождающими ребенка с ЗПР.

На основе полученных результатов эффективности психокоррекционных воздействий составляется комплексное клинико-психологическое заключение с дальнейшими рекомендациями образовательного маршрута ребенка и определением направлений психологической помощи детям с ЗПР церебрально-органического генеза.

В заключение главы следует подчеркнуть, что эффективность психологической коррекции достигается только при тесном взаимодействии психолога с другими специалистами, а также с родителями ребенка.

---

## **Глава 5. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

---

### **5.1. Особенности эмоционально-волевой сферы детей с различными формами задержки психического развития и основные направления психологической коррекции**

Формирование эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР является центральным звеном в системе психологической коррекции. Как уже подчеркивалось выше, многие трудности школьной адаптации детей с ЗПР обусловлены их эмоциональной незрелостью и нарушениями эмоциональной регуляции поведения. Клинические исследования отечественных авторов показывают, что эмоциональные нарушения у детей с ЗПР проявляются по-разному в зависимости от формы задержки. Это могут быть тяжелые неврозоподобные и психопатоподобные нарушения на фоне органического поражения ЦНС, которые нередко встречаются при ЗПР церебрально-органического генеза, или возрастная незрелость эмоционально-волевой сферы, наблюдаемая у детей с гармоническим инфантилизмом, с соматогенной формой ЗПР и при психогенной форме ЗПР (Вострокнутов Н. В., Макушкин Е. В. и др., 2013; Ковалев В. В., 1995; Юркова И. А., 1971; Лебединская К. С., 1982; Исаев Д. Н., 1996; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004; Кисова В. В., 2011 и др.).

Как справедливо отмечает В. В. Кисова, у детей с ЗПР конституционального происхождения первичным дефектом является эмоционально-волевая незрелость, которая проявляется в повышенной эмоциональности, яркости эмоций, эмоциональной неустойчивости. Для них характерны детскость в поведении, наивность, повышенная внушаемость, неспособность к занятиям. Длительные хронические заболевания, частые госпитализа-

ции способствуют формированию пониженного фона настроения, инактивности, плаксивости, тревожности, аффективной ригидности. Первичным дефектом у детей с ЗПР психогенного происхождения также является эмоционально-волевая незрелость, которая выражается в повышенной лабильности, импульсивности, сниженной способности к волевым усилиям, нередко в сочетании с аффективным и агрессивным поведением. В структуре дефекта ЗПР церебрально-органического генеза отмечаются такие первичные нарушения, как эмоционально-волевая незрелость по типу органического инфантилизма. Эмоционально-волевые реакции детей этой группы отличаются высокой вариабельностью, что может проявляться в психомоторной расторможенности или робости, боязливости, страхах (Кисова В. В., 2014).

Итак, при всех формах ЗПР первичным дефектом является недоразвитие эмоционально-волевой сферы, однако специфика недоразвития в значительной степени зависит от этиологии и патогенеза ЗПР.

Рассмотрим специфику недоразвития эмоционально-волевой сферы при различных формах ЗПР.

У детей с *ЗПР конституционального происхождения* (гармонический, психический и психофизиологический инфантилизм) эмоциональная сфера находится на более ранней ступени развития, то есть соответствует психическому складу ребенка более младшего возраста. Это проявляется в преобладании эмоциональных реакций в поведении, яркости и живости эмоций. В младшем школьном и даже подростковом возрасте преобладают игровые интересы над учебными, повышенная внушаемость и недостаточная самостоятельность, доминирование мотивов получения удовольствия. Несмотря на активность, они быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью и затрудняются подчиняться правилам дисциплины. Незрелость эмоциональной сферы снижает социальную адаптацию, а при неблагоприятных социальных условиях может формироваться патологическое развитие личности по неустойчивому или истероидному типу. Эмоционально-волевые нарушения у детей с инфантилизмом проявляются в трудностях саморегуляции и самоконтроля в учебной деятельности и поведении. Ребенок не замечает своих ошибок, не исправляет их, не может адекватно оценить результат. У детей с ЗПР конституционального происхождения эмоционально-волевая незрелость проявляется в повышенной эмоциональности, яркости эмоций, эмоциональной неустойчивости. Для них характерны детскость

в поведении, наивность, повышенная внушаемость, неспособность к занятиям, требующим волевых усилий.

*При ЗПР соматогенного происхождения* также наблюдается эмоциональная незрелость, которая обусловлена длительными хроническими заболеваниями (например, пороком сердца, аллергическими состояниями и др.). Хроническая психическая и физическая астения тормозит развитие активных форм деятельности, поэтому формируются такие черты личности, как боязливость, робость, неуверенность. Воспитание больного ребенка по типу гиперопеки способствует формированию инфантилизации личности. Болезненно заостренные и длительно сохраняющиеся страхи у детей с ЗПР соматогенного происхождения нередко возникают вследствие не только чрезмерной опеки больного ребенка со стороны родителей, но и наличия у родителей фобий утраты ребенка. Кроме того, постоянные запреты, ограничения со стороны родителей в связи с заболеванием формируют у ребенка ощущение физической неполноценности, склонность к зависимому поведению, фрустрированность. При ЗПР соматогенного происхождения наблюдается неадекватно заниженная самооценка, что проявляется в высокой тревожности, социальной робости, неуверенности в себе. Ситуация систематического неуспеха, в которую попадает ребенок с ЗПР соматогенного происхождения, обучаясь в массовой школе без охранительно-стимулирующего режима, негативно отражается на эмоционально-волевой сфере и формировании личности. С другой стороны, надомное обучение тормозит формирование коммуникативных навыков у детей и негативно отражается на их адаптации в социуме.

*ЗПР психогенного происхождения*, как правило, связана с неблагоприятными условиями воспитания и обучения, которые препятствуют гармоничному формированию личности ребенка. Неблагоприятные условия социальной среды, обусловленные ранней родительской депривацией, неадекватными стилями воспитания, травмируют психику и могут спровоцировать стойкие нарушения нервно-психического развития. Это нередко проявляется в неумении ребенка тормозить свои эмоции и желания, в импульсивности, в отсутствии чувства долга, ответственности, инициативы, самостоятельности. Формирование эмоционально-волевой сферы личности ребенка с ЗПР психогенного генеза проявляется в следующих особенностях.

1. Психическая неустойчивость, возникающая как следствие гипоопеки, при которой ребенок воспитывается в условиях без-

надзорности. У детей не формируются чувство долга, адекватные формы социального поведения. При таком стиле воспитания не стимулируется психическое развитие, не поддерживаются познавательные интересы.

2. Гиперопека способствует формированию эгоцентризма, неспособности к волевому усилию, несамостоятельности.

3. Эмоциональное отвержение, нередко проявляющееся в психическом и физическом насилии в семье, способствует формированию эмоциональной неустойчивости, агрессивности, лживости, а также негативных эмоциональных состояний, таких как повышенная тревожность, возбудимость.

*ЗПР церебрально-органического генеза* обусловлена экзогенными повреждениями мозга, действующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже сформирована и нет опасности их грубого недоразвития. Нарушения эмоционально-волевой сферы у этой категории детей с ЗПР встречаются значительно чаще. Традиционно выделяются два типа.

1. При возбудимом типе обнаруживаются склонность к эйфории, импульсивность, психомоторная расторможенность.

2. При тормозимом типе, наоборот, наблюдаются сниженный фон настроения, нерешительность, безынициативность, склонность к тревожности и страхам (Лебединский В. В., 1985 и др.).

Энцефалопатические расстройства у детей с ЗПР церебрально-органического генеза проявляются в следующих синтомокомплексах.

1. Церебрастенический синдром характеризуется снижением интеллектуальной работоспособности, что проявляется в повышенной утомляемости, трудностях запоминания, ослаблении концентрации внимания, замедленном темпе психической деятельности в малознакомой обстановке и в проблемной ситуации.

2. Неврозоподобные нарушения проявляются в высокой тревожности, страхах, заикании и энурезе.

3. Синдром психомоторной расторможенности обнаруживается в высокой двигательной активности, отвлекаемости, суеверивости; чаще наблюдается у мальчиков.

4. Аффективные нарушения проявляются в виде немотивированных колебаний настроений, дистимий, эйфорий.

5. Психопатоподобные нарушения выражаются в расстройствах поведения и отношений с окружающими (конфликтность, упрямство, негативизм, агрессивные действия, склонность к девиантному поведению).

6. Эпилептиформные нарушения обнаруживают себя в виде судорожных и бессудорожных припадков различного вида.

7. Адинамические проявления находят выражение в снижении активности, побуждений к интеллектуальной деятельности (Ковалев В. В., 1995).

Описанные энцефалопатические расстройства негативно отражаются на формировании эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР церебрально-органического генеза. При церебрально-органической недостаточности страдают все уровни центральной нервной системы. Первой страдает энергетическая система, что наглядно проявляется в астеническом состоянии, а именно: быстрой истощаемости, высокой чувствительности к изменениям внешних воздействий. В аффективной сфере возникают эмоциональная лабильность, повышенная возбудимость, тревожность, страхи, то есть весь комплекс неврозоподобных расстройств. В более тяжелых случаях церебрально-органической недостаточности наблюдаются немотивированные колебания настроения с агрессивностью, злобностью, конфликтностью (Марковская И. Ф., 1982; Вейц А. Э., 2013).

**Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей с ЗПР** – это целесообразно организованная система психологических воздействий. Основными ее направлениями являются:

- смягчение эмоционального дискомфорта детей;
- повышение их активности и самостоятельности;
- устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, таких как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность и др.

Важным этапом работы с детьми с ЗПР является коррекция самооценки, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции (Мамайчук И. И., 1997; Мамайчук И. И., 2015).

Психокоррекционный комплекс, направленный на коррекцию эмоционально-волевых нарушений детей и подростков с ЗПР, состоит из следующих блоков:

- диагностического;
- установочного;
- собственно коррекционного;
- закрепляющего;
- оценочного.

Особенности эмоционально-волевых нарушений требуют тщательного клинико-психологического анализа, включающего в себя учет формы ЗПР, степени ее тяжести, специфики

эмоциональных расстройств у детей и уровней аффективной регуляции, особенностей социальной ситуации развития. Психолог использует экстенсивные и интенсивные методы обследования. Экстенсивные методы включают анализ медицинской документации, наблюдение за детьми и подростками в процессе игровой, учебной деятельности, направленные беседы с родителями, анализ педагогических характеристик. К интенсивным относятся экспериментально-психологические методики, позволяющие дополнить данные экстенсивных методов.

В процессе психологической диагностики эмоционально-воловых нарушений перед психологом стоит задача диагностики направленности конфликта.

Традиционно выделяются три вида направленности конфликта у детей: конфликт в рамках межличностных отношений, интрапсихический конфликт (внутриличностный) и смешанный конфликт (Запорожец А. В., Неверович Я. З., 1974; Мамайчук И. И., 1996; Миланич Ю. М., 1998). С целью анализа направленности конфликта целесообразно, кроме наблюдения, использовать методику Розенцвейга (детский вариант) и Детский тематический апперцептивный тест (ДАТ).

Так, в исследовании Вейц было выявлено, что у дошкольников с ЗПР церебрально-органического генеза доминирует экстрапунитивная направленность реакций, так же как у нормально развивающихся сверстников, но выявлен низкий процент интрапунитивных реакций, что свидетельствует о трудностях оценки своих поступков. Были обнаружены также высокие показатели фиксации детей на препятствии в ситуации конфликта, что подчеркивает наличие аффективной ригидности. Анализ направленности конфликтов выявил преобладание межличностных проблем у детей с ЗПР в отличие от normally развивающихся детей с конфликтогенной зоной внутри семьи. Дети, у которых эмоциональные проблемы проявляются в рамках межличностных отношений, отличаются повышенной возбудимостью, что выражается в бурных аффективных вспышках в процессе общения со сверстниками. Негативные эмоциональные реакции у них могут возникнуть по любому незначительному поводу. По нашим данным, межличностные конфликты наблюдаются у детей с различными формами ЗПР и в значительной степени обусловлены не столько тяжестью церебрально-органического дефекта, сколько особенностями воспитания (Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004; Мамайчук И. И., Вейц А. Э., 2012).

У детей с ЗПР, которые обнаруживают внутриличностную направленность конфликта, прослеживается повышенная тор-мозимость, слабовыраженная общительность. Эти дети глубоко переживают обиду, у большинства из них наблюдаются стойкие неврозоподобные нарушения (энурез, страхи и др.). В отличие от детей с неврозами эти явления обусловлены не только психогенными переживаниями, но и церебрально-органической недостаточностью мозга (Калижнюк Э. С., 1983; Ковалев В. В., 1985; Мамайчук И. И., Вейц А. Э., 2012).

Дети с сочетанием *внутриличностных и межличностных конфликтов* (смешанный тип) отличаются агрессивностью, импульсивностью. Опыт нашей работы показывает, что у давляющего большинства детей с ЗПР, особенно при церебрально-органическом генезе задержки, наблюдается этот тип направленности конфликта (Мамайчук И. И., Вейц А. Э., 2012).

Успешность диагностики направленности конфликта зависит от способности психолога наблюдать и анализировать эмоциональные проявления ребенка. Прежде всего это достигается в процессе наблюдения за игровой, учебной, коммуникативной деятельностью ребенка, направленной беседы с родителями и педагогами. Экспериментально-психологическое обследование детей необходимо проводить как индивидуально, так и в присутствии родителей. Для оценки социальной ситуации развития перед психологом стоят следующие диагностические задачи:

- диагностировать родительскую позицию по отношению к ребенку с ЗПР;
- проанализировать родительские установки и стили воспитания;
- оценить психологический климат в семье.

Ценную информацию психологу может дать не только беседа с родителями, но и предложенная специалистом совместная игра родителей с детьми, разыгрывание семейных ситуаций с обменом ролями (родители играют роли детей, а дети – родителей). Опыт нашей работы показывает огромное преимущество игровых методов в системе диагностики стилей и методов семейного воспитания детей и подростков (Мамайчук И. И., 2001).

Следует подчеркнуть, что сам процесс диагностики продолжается и на других этапах психокоррекционного комплекса, так как одним из определяющих принципов психологической коррекции, как выше было отмечено, является единство диагностики и коррекции.

В процессе диагностики эмоциональных нарушений у детей с ЗПР необходимо выяснить, не было ли психической травмы у ребенка, и если была, то дать содержательный ее анализ. Психические травмы могут быть острыми и пролонгированными. К последним можно отнести неадекватно завышенные требования родителей к успеваемости ребенка, госпитализм, социальную депривацию, конфликтные отношения между родителями или непринятие со стороны сверстников.

Благоприятным фоном для формирования эмоционального неблагополучия является органическое поражение ЦНС, что способствует формированию органических патохарактерологических особенностей. У подавляющего большинства детей с ЗПР церебрально-органического генеза отчетливо проявляются повышенная раздражительность, тревожное беспокойство, капризность. Все это способствует формированию таких личностных характеристик, как противоречивость, сенситивность, инфантилизм, эгоцентризм, импресивность. В исследованиях А. Вейц было выявлено, что структура личности у дошкольников и младших школьников с ЗПР церебрально-органического генеза характеризуется незрелостью эмоционально-волевой сферы, что проявляется в трудностях осознания конфликтной ситуации, в неадекватном эмоциональном реагировании, в склонности к интроверсии и эмоциональном замыкании (Вейц А. Э., 2013).

При исследовании особенностей эмоциональной сферы детей с ЗПР целесообразно использовать системно-структурный подход к эмоциональной организации поведения, разработанный В. В. Лебединским и др. и используемый Т. Н. Павлий в психокоррекционной работе с детьми с ЗПР.

Сложноорганизованная, многоуровневая система аффективной регуляции лежит в основе всей психической деятельности ребенка. Базовая аффективная регуляция представлена авторами в виде структуры, состоящей из четырех уровней: полевой реактивности (аффективной пластичности); аффективных стереотипов; аффективной экспансии; аффективного (эмоционального) контроля.

На каждом из уровней решаются качественно различные задачи адаптации личности. Ослабление или усиление функционирования какого-либо из них может привести к общей дезадаптации системы эмоциональной регуляции в целом. В процессе развития ребенка механизмы аффективной регуляции преобразуются, совершенствуются. В табл. 65 представлены уровни и направления психокоррекции с учетом значимости каждого уровня.



## Уровни аффективной регуляции и направления психологической коррекции

Уровень	Специфика проявления в онтогенезе	Специфика проявления в более старшем возрасте	Задачи и направления психокоррекционные техники	
			и психокоррекционные техники	
Полевой реактивности	Формируется в первые полгода жизни ребенка. Аффективные переживания на этом уровне не содержат положительной оценки, или отрицательной оценки, они связаны лишь с общим ощущением комфорта или дискомфорта.	В более старшем возрасте этот уровень обеспечивает аффективную реакцию аффективных процессов. Этот уровень имеет большое значение в формировании эмоциональной регуляции и эффективности адаптации детей и подростков	Создание благоприятного фона для проведения психокоррекционных занятий. Традиционно в психокоррекционной практике используются приемы, направленные на формирование позитивных тонических реакций. – учет места и обстановки, где проводятся занятия (постоянное помещение с удобной мебелью и соответствующим цветом стен, освещением); – использование специальных звуковых, цветовых и тактильных стимулов во время проведения занятий, направленных на создание благоприятного эмоционального фона.	Используются специальные сенсорные уголки, комнаты, музыкальные и зрительные стимулы
Аффективных стереотипов			Для активизации этого уровня эмоциональной регуляции психокоррекция направлена на: сосредоточение ребенка на чувственных, мышечных, вкусовых, тактильных и других опущениях; сосредоточение на восприятии и воспроизведении простых ритмических стимулов, что особенно важно на первых этапах психокоррекционных занятий. Использование ритуальных действий перед началом коррекционных занятий (например, прыжков, раскачиваний, например при раздаче с матерью, переходе в новую школу, плохой оценке и в других ситуациях эмоционального неблагополучия	

<p>Аффективные переживания на данном уровне аффективной организации в более старшем возрасте формирует интерес к неожиданным, стремлению преодолению опасности. Дети и подростки проявляют тягу к риску, азарту, к экстремальным видам спорта и увлечениям</p>	<p>Активизация этого уровня осуществляется с использованием следующих психокоррекционных приемов:</p> <p>организации игры, в которой ребенок переживает чувство соперничества, соревновательности, риска.</p> <p>Организация игр с преодолением трудных конфликтных ситуаций.</p> <p>Разыгрывание с детьми аффективно значимых для них сюжетов с перспективой успешного разрешения проблемы</p>	
<p>Аффективный экспансии</p> <p>Аффективные переживания связаны не только с удовлетворением потребности, как это было на уровне аффективных стереотипов, но и с достижением желаемого. Потребности ребенка отличаются большой силой и полярностью. Например, если на предыдущем уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание вызывают тревогу, страх, то на этом они мобилизуют субъекта на преодоление трудностей (Лебединский В. В. и др., 1990)</p>	<p>Застрение на данном уровне аффективной организации в более старшем возрасте формирует у детей и подростков высоконаправленную потребность в эмоциональном контроле поведения с учетом отношения к нему другого человека. Дефицитарность данного уровня аффективной регуляции затрудняет аффективную ориентировку ребенка в себе, что тормозит формирование рефлексий и адекватной самооценки</p>	<p>Коррекция эмоционально-смысловой организаций поведения требует включения следующих задач и психокоррекционных приемов:</p> <p>формирование сотрудничества, партнерства, которые успешно реализуются в процессе группового взаимодействия детей и подростков;</p> <p>развитие рефлексий, которая способствует формированию гуманизма, сопереживания, самоконтроля в процессе групповых и индивидуальных психокоррекционных занятий</p>
<p>Аффективного контроля (высший уровень системы базальной эмоциональной регуляции)</p>	<p>Аффективные переживания данного уровня связаны не только с удовлетворением потребности и достижением желаемого, но и с потребностью в позитивном общении. В ситуации конфликта ребенок на этом уровне уже не реагирует ни уходом, ни двигательной бурей, ни направленной агрессией. Он обращается за помощью к другим людям</p>	<p>Застрение на данном уровне аффективной организации в более старшем возрасте формирует у детей и подростков высоконаправленную потребность в эмоциональном контроле поведения с учетом отношения к нему другого человека. Дефицитарность данного уровня аффективной регуляции затрудняет аффективную ориентировку ребенка в себе, что тормозит формирование рефлексий и адекватной самооценки</p>



Выделенные авторами уровни аффективной организации человека позволяют дифференцированно подойти к проблеме аффективной дезадаптации у детей и подростков с ЗПР. Ослабление или повреждение одного из уровней приводит к общей аффективной дезадаптации, а чрезмерное усиление механизмов одного из уровней может быть причиной эмоциональной дефицитарности (Павлий Т. Н., 1997). Например, тенденция к усилению первого уровня аффективной регуляции может проявляться в выраженной потребности у ребенка к эмоциональному комфорту, гармонии. Такие дети с трудом переносят изменение обстановки в классе, приход нового педагога, появление новых одноклассников. Младшие школьники с ЗПР с акцентуированным вторым уровнем испытывают глубокие потребности в эмоциональных связях с окружающим миром, устойчивы в своих привычках, отличаются избирательностью в процессе общения. Выраженный третий уровень проявляется в рискованном поведении ребенка, смелости, в тенденциях брать на себя ответственность в разрешении напряженной ситуации, в ситуациях риска, азарта. Младшие школьники с особенно сильным четвертым уровнем фиксированы на человеческих отношениях. Они сострадательны, склонны к общению, соблюдению норм и правил, но могут испытывать дискомфорт в общении с детьми с ярко выраженным третьим уровнем (Павлий Т. Н., 1997).

## **5.2. Психокоррекционные технологии эмоционально-волевых нарушений у детей с задержкой психического развития**

### **Игровые технологии**

Структурно-уровневое изучение базальной эмоциональной организации личности имеет большое значение в разработке онтогенетически ориентированных психокоррекционных технологий для детей с проблемами в развитии (Мамайчук И. И., 2003). Особое значение в психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей с ЗПР имеют игровые методы.

В многочисленных зарубежных и отечественных исследованиях отмечается роль игры в воспитании ребенка, авторы пишут, что игра является эффективным средством формирования его личности (Выготский Л. С., 1966; Запорожец А. В., 1961; Селли, 1901; Эльконин Д. Б., 1978; *Gesell*, 1932 и др.). Психотерапевты и психологи подчеркивают, что игровая деятель-

ность является важным фактором формирования и гармонизации эмоционально-волевой сферы детей (Вольперт И. Е., 1979; Захаров А. И., 1983; Стрелкова Л. П., 1978; Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидерс А. Г., 1990; Бурменская Г. В., 1998; Лэндрет Г. и др., 2001; Осипова А. А., 2000; Эксляйн В., 2003; Эриксон Э., 1996 и др.).

В отечественной психологии развитие детской игры описывается с позиции деятельностного подхода, то есть динамика и изменения психологического содержания игры рассматриваются как важный фактор смены ведущей деятельности (Выготский Л. С., 1966; Запорожец А. В., 1978; Эльконин Д. Б., 1999 и др.). Выделяют несколько этапов формирования игровой деятельности ребенка (Стрелкова Л. П., 1978):

- первый этап игры связан с овладением специфическими функциями предмета (предметная игра);
- второй этап связан с овладением отношений между людьми (сюжетно-ролевая игра);
- третий этап связан с выделением скрытых в этих отношениях задач и правил человеческих действий (игры с правилами);
- четвертый этап характеризуется сдвигом мотивов в процессе деятельности и их результатами (игра-драматизация и игра-фантазирование).

Игровая деятельность детей с ЗПР отличается от игры нормально развивающихся сверстников (Белопольская Н. Л., 1976; Марковская И. Ф., 1995; Лебединский В. В., 1985; Слепович Е. С., 1988, 1999 и др.). Авторы обратили внимание на преобладание игровых интересов над учебными у детей с ЗПР младшего школьного возраста, отсутствие творчества, недостаток воображения в процессе игровой деятельности. В исследованиях дошкольников с ЗПР Л. В. Кузнецовой выявлено, что в процессе сюжетной игры наблюдается отсутствие развернутого сюжета, трудности в координации игровых действий, нечеткое разделение и соблюдение игровых правил и т. д. (Кузнецова Л. В., 1981).

Е. С. Слепович разделяет нарушения игровой деятельности дошкольников с ЗПР на два вида:

- нарушения, связанные с недостаточной сформированностью игры как деятельности, прямо вытекающие из психологических характеристик детей с ЗПР;
- специфические нарушения, характерные для такого вида деятельности, как игра.

Специфические нарушения игры дошкольников с ЗПР включают в себя:

- трудности в формировании мотивационно-целевого компонента игровой деятельности;
- трудности при создании замысла и плана реализации игры;
- трудности операциональной стороны игровой деятельности, а именно: узкий конкретный характер замещения, жесткая фиксированность как самой роли, так и способа ее реализации;
- поверхностное моделирование системы межличностных отношений.

Автор выявила причины недоразвития игровой деятельности у старших дошкольников с ЗПР:

- трудности в формировании уровня образов-представлений и действий в процессе игровой деятельности;
- недостаточность регуляции деятельности, осуществляющей образами-представлениями;
- недостаточность общения по линиям «взрослый – ребенок», «ребенок – ребенок»;
- трудности в выделении, осмыслиении, моделировании мира человеческих отношений (Слепович Е. С., 1990).

Недоразвитие игровой деятельности обусловлено не только снижением уровня интеллекта и эмоционально-волевыми проблемами у детей с ЗПР, но и низким социальным опытом ребенка и наличием в некоторых случаях речевых, двигательных дефектов (Белопольская Н. Л., 1999; Павлий Т. Н., 2000; Слепович Е. С., 1990; Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004 и др.).

Е. С. Слепович справедливо выделяет следующие направления коррекционно-развивающей работы по формированию игровой деятельности у детей с ЗПР:

- формирование игры как деятельности (потребность в игре, создание замысла игры, умение действовать адекватно поставленной цели и т. д.);
- формирование игры как совместной деятельности;
- формирование содержания игры (операциональной стороны сюжетно-ролевой игры) (Слепович Е. С., Харин С. С., 1988).

Опыт нашей работы показал, что эффективность проведения сюжетно-ролевых игр у ребенка с ЗПР в значительной степени зависит от:

- интеллектуальных и эмоционально-волевых особенностей;
- социального опыта;

- особенностей представлений о людях, их чувствах и взаимоотношениях (Мамайчук И. И., 1997).

*Игровую психокоррекцию в форме сюжетно-ролевой игры* рекомендуется использовать при работе с детьми с ЗПР с негрубым нарушением интеллекта, а также с выраженным межличностными конфликтами и нарушениями поведения. В процессе коррекции целесообразно предложить детям не только игровое воспроизведение прошлого или настоящего опыта, но и моделирование нового опыта в возможных стрессовых условиях, например при ответе на уроках при всем классе, в ситуации напряженного общения и др. Перед началом игровой психологической коррекции необходимо проанализировать особенности эмоционального отношения ребенка к игре, его отношение к психологу. Следует учитывать способность ребенка с ЗПР формировать алгоритмы деятельности, переносить выбранные способы планирования на сюжетную игру.

Для детей с выраженной ограниченностью социального опыта, например для детей с соматогенной формой ЗПР, целесообразно использовать *игры-драматизации* на темы знакомых им сказок. Проведению игры-драматизации должна предшествовать подготовительная работа. Психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка актуализирует воображение, развивает умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Ребенок должен создать образ персонажа и уподобиться ему.

Важными условиями, необходимыми для коррекции, являются:

- способность входить в роль и уподобляться образу;
- физические и психические возможности;
- интерес к занятию.

Следует подчеркнуть, что игры-драматизации способствуют устранению эмоционального дискомфорта и негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и качества личности дети переносят на игровой образ, наделяя персонажи собственными отрицательными эмоциями и чертами характера.

Нами были разработаны сюжетно-ролевые игры и игры-драматизации на темы госпитализации и оперативного лечения у детей с двигательными нарушениями различного генеза (Мамайчук И. И., Ортис Х. Д., 1989).

На первом этапе работы с помощью комплекса психологических и психолого-педагогических методов изучались особенности личности и эмоционально-волевой сферы 38 детей в возрасте от 6 до 8 лет, страдающих двигательными нарушениями различного генеза: 20 детей с детским церебральным параличом в сочетании с ЗПР церебрально-органического генеза и 18 детей с вялыми параличами верхних конечностей с легкой степенью ЗПР. Все дети находились в стационаре НИДОИ им. Г. И. Турнера. Обследование проводилось с использованием традиционных экспериментально-психологических методик (методика Розенцвейга, методика Рене — Жиля, рисуночных тестов), а также направленных наблюдений. Определялся интерес и предпочтение ребенка к выбору игрового материала. Детям были предложены экспериментальные ситуации с целью изучения характера их эмоциональных реакций, отношения к игрушкам-куклам, изображающим людей, фигурам, изображающим животных, из набора «Кукольный театр».

Эксперименты показали выраженное отклонение в эмоциональном развитии у всех детей с двигательными нарушениями. Это проявлялось в повышенной фиксации на источнике конфликта, в агрессивности и низкой самостоятельности при разрешении конфликтной ситуации. Оценка уровня игровой деятельности выявила более низкий ее уровень у детей с церебральным параличом. Для них были характерны стереотипные действия с игровым материалом, трудности развертывания сюжета, однообразное содержание игр. Дети играли в основном «в больницу», в то время как дети второй группы играли в «детский сад», в «космос», «магазин» и др. Специальный анализ экспериментальных данных позволил разделить детей на две группы. В первую группу вошли дети, у которых эмоциональное неблагополучие проявлялось в межличностных конфликтах, а во вторую — дети с внутриличностной направленностью конфликта, что сказывалось на низком уровне психической адаптации и повышенной фрустрированности. В этой группе в подавляющем большинстве были дети с ЗПР церебрально-органического генеза. Дети с межличностной направленностью конфликта отличались повышенной возбудимостью, негативные эмоциональные реакции у них могли возникнуть по любому поводу: не дали интересной игрушки или на дежурство не пришла любимая нянька. Однако они достаточно быстро включались в лечебный процесс, привыкали к новой

обстановке. У детей второй группы наблюдалась повышенная тормозимость, негативное отношение к общению, они глубоко переживали обиду и неудачи. У них отмечалась высокая степень тревожности, которая препятствовала развитию адекватных эмоций и мотивов, побуждающих их действовать адекватно, особенно в экстремальных условиях. Их поведение в целом отличалось неконструктивностью, и большинство негативно относились к лечебному процессу и предстоящей операции.

Во второй, обучающей части работы со всеми обследованными детьми проводились специально разработанные игровые занятия. В сюжетно-ролевых играх каждому ребенку подбирались такие роли, которые помогали ему самоутвердиться, приобрести положительный опыт взаимодействия со сверстниками, преодолеть негативизм. Игры проводились в небольших группах из 2–3 участников.

Установочный этап состоял из:

- предварительного обсуждения содержания игры;
- обсуждения замысла игры и выбора партнера;
- выбора ребенком игрушек и игрового материала;
- планирования игровой ситуации.

Нами были разработаны следующие сюжеты.

*Сюжет 1. «Подготовка больного ребенка к операции».* Каждый ребенок играл роль медсестры, воспитателя, врача, матери и самого больного. Главная роль в этой игре принадлежала самому больному. Предлагалось в игре пройти все этапы обследования: взять кровь на анализ, сделать рентген, проконсультироваться с врачом. Эмоциональное предвосхищение, которое переживал ребенок, играя роль больного, способствовало смягчению эмоционального дискомфорта, который он испытывал на первых этапах лечения.

*Сюжет 2. «Уход за больным после операции».* Психолог обращал внимание ребенка на наличие болей, на вынужденную обездвиженность вследствие гипсовой иммобилизации, на постоянное пребывание в палате, невозможность прогулок и др. Важным условием при разыгрывании этого сюжета является способность ребенка войти в роль, уподобиться образу. Условием перестройки эмоциональной сферы является процесс перевоплощения. Действуя в воображаемой ситуации за другого, ребенок как бы приписывает себе черты того другого, испытывает его чувства. Анализ поведения детей показывал широкий диапазон эмоций — от спокойно-удовлетворительного состояния до эмоционального вдохновения.

Альбина С. (8 лет 3 мес.), ДЦП, спастическая диплегия. Незначительная задержка психического и речевого развития. У девочки наблюдались выраженное негативное отношение к лечению, страхи, аффективные реакции во время диагностических и лечебных процедур. Выявлен низкий уровень психической адаптации, фрустрированная напряженность. Девочка гиперопекаемая родителями, резко ограничены межличностные контакты. Наличие глубокого внутреннего конфликта проявлялось в отрицательном отношении к совместной деятельности и играм со сверстниками, в трудностях включения в процесс общения из-за замкнутости и застенчивости. На первых занятиях игровой терапии у девочки четко проявлялись ограниченность социального опыта, смущение, скованность. После нескольких сеансов отношение к лечебным процедурам изменилось, уменьшились страхи уковов.

В послеоперационном периоде с целью коррекции негативных эмоциональных состояний ребенка мы использовали игры-драматизации на темы сказок. Сказка в значительной степени актуализирует воображение, развивает умение представлять игровые коллизии. Вначале ребенку предлагалось прослушивание сказки, затем обсуждалось ее содержание, после чего начиналась игра. Для игр использовались куклы из набора «Кукольный театр». Мы играли в следующие сказки: «Машу и медведь», «Курочку Рябу», «Красную Шапочку», «Волка и семеро козлят». В процессе действий с куклами, которые являлись героями сказки, ребенок наделял некоторых из них собственными отрицательными чертами — проявлениями страха, капризами и др. — и таким образом вытеснял негативные эмоциональные переживания в послеоперационном периоде.

На третьем, восстановительном этапе ортопедохирургического лечения многие дети, особенно с ДЦП, испытывали существенные страхи при обучении ходьбе, требовали постоянного присутствия матери или другого взрослого. В процессе игровой терапии мы предлагали детям сюжеты, в которых ребенок играл роль методиста ЛФК. Его задача состояла в обучении куклы ходьбе. Были подготовлены специальная кукла и палочки, на которые она должна опираться во время ходьбы. Ребенок делал массаж кукле, обучал ее ходить. Занятие проходило в присутствии психолога, который корректировал ход игры, создавал соответствующие игровые ситуации, обращал внимание ребенка на то, почему кукла не хочет ходить, и как ей помочь. В ходе игры у ребенка изменялись ролевые функции. Он играл роль учителя, защитника куклы. Все это

помогало детям преодолеть чувство страха, повышало их эмоциональный тонус. Некоторым детям, испытывающим страх во время ходьбы после операции, мы предлагали помочь другому ребенку, опекать более слабого. Такой прием имел высокую эффективность, и дети успешно преодолевали негативные эмоции в послеоперационном периоде.

Эффективность игровой психокоррекции оценивалась группой экспертов, состоящей из врачей отделения, методистов ЛФК и воспитателей. Кроме того, использовались экспериментально-психологические методики: ЦТО с целью оценки отношений к лечению; методика Розенцвейга — для оценки особенностей эмоционального реагирования в ситуации фрустрации, шкала Й. Шванцары — для оценки уровня эмоциональной напряженности у ребенка на этапах лечения. Результаты повторного экспериментально-психологического исследования показали, что у детей, принимавших участие в игровой психокоррекции, уменьшилось число импунистивных (безобвинительных) реакций, увеличилось количество упорствующих реакций при разрешении конфликта, уменьшилась эмоциональная напряженность в сравнении с детьми контрольной группы, которые не участвовали в занятиях.

Полученные нами данные позволяли применять описанные психокоррекционные технологии в практической работе с детьми со всеми формами задержки психического развития (Мамайчук И. И., Ильина М. Н., 2004).

### **5.3. Групповые методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей с задержкой психического развития**

Групповые методы психокоррекции достаточно широко используются психологами и психотерапевтами при работе с детьми с эмоциональными нарушениями (Спиваковская А. С., 1988; Захаров А. И., 1992; Рудестам К., 1992, 1998 и др.).

В процессе психокоррекции в форме групповых занятий с детьми с ЗПР особое внимание следует уделять:

- положительной установке детей на занятия;
- физическим и психическим возможностям.

С этой целью используются разнообразные психотехнические приемы:

- организация веселой, эмоционально насыщенной игры с детьми на первых этапах психологической коррекции;

- привлечение родителей к психокоррекционному процессу в начале занятий;
- организация встречи родителей, дети которых успешно закончили курс психокоррекции, с начинающими этот курс.

Особое значение для *установочного этапа* психокоррекции приобретает место, где проводятся занятия. Это должно быть просторное, хорошо оборудованное помещение с мягким освещением, со специальными креслами, чтобы ребенок чувствовал себя безопасно и комфортно.

При комплектовании группы детей с ЗПР следует учитывать возраст детей, степень тяжести интеллектуального дефекта, направленность конфликта и индивидуально-психологические особенности. Желательно, чтобы возраст детей – участников группы был одинаковым, допустима небольшая разница – плюс-минус один год. Необходимо, чтобы в группе были разнополые дети. Число участников группы не должно превышать 5–7 человек (малые группы).

Опыт нашей работы показал, что группа обязательно должна быть закрытой, то есть с постоянным составом ее членов. Не рекомендуется включать в группу детей с тяжелыми формами речевых нарушений. Желательно, чтобы в группе были дети с различной направленностью конфликта. Перед началом групповых занятий необходимо предварительно побеседовать с каждым родителем, разъяснить им необходимость и значение занятий, раскрыть основные принципы работы группы.

В процессе групповой психокоррекции каждый участник моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него типы эмоционального реагирования на ситуацию, реализует конкретные эмоциональные установки и отношения (Рудестам К., 1998; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2001 и др.). В атмосфере откровенности и доверия ребенок свободно раскрывает свои эмоциональные проблемы, получает эмоциональную поддержку, модифицирует свои эмоциональные отношения и способы реагирования.

С учетом сложной структуры эмоциональных проблем у детей с ЗПР нами выделены четыре основные фазы процесса групповой психокоррекции (табл. 66).

**Динамика групповой психокоррекции детей с задержкой психического развития**

Фаза	Задачи	Психотехнические приемы	Субъект психокоррекции
Установочная	1. Образование группы как целого. 2. Формирование положительного настроя на занятие. 3. Диагностика поведения и особенностей общения детей	Спонтанные игры: игры на невербальном коммуникативном уровне; коммуникативные игры	Дети с ЗПР всех форм: конституционная, соматогенная, психогенная, периферально-органического генеза
Подготовительная	1. Структурирование группы. 2. Формирование активности и самостоятельности. 3. Формирование эмоциональной поддержки у членов группы	Сюжетно-ролевые игры; игры-драматизации для снятия эмоционального напряжения	Для детей с ЗПР соматогенной формы и периферально-органического генеза со сниженным социальным опытом — игры-драматизации. Для детей с психогенной формой без выраженной ограниченностии социального опыта — сюжетно-ролевые игры
Реконструктивная	1. Коррекция неадекватных эмоциональных реакций на дефект. 2. Вытеснение негативных переживаний. 3. Обучение самостоятельному нахождению нужных форм эмоционального реагирования в различных ситуациях	Разыгрывание конкретных жизненных проблемных ситуаций	Для детей с ЗПР с тяжелой переборательной недостаточностью воз-но-органической можно привлечение родителей
Закрепляющая	1. Закрепление адекватных форм эмоционального реагирования на конфликте. 2. Формирование адекватного отношения к себе и окружающим	Специальные сюжетно-ролевые игры, предложенные детьми	Детям с ЗПР необходима помощь психолога в выборе игры. Рекомендуется включить в игру родителей и здоровых сверстников или сверстников с ЗПР с более легкими формами

На основе выделенных выше структуры и этапов групповой динамики нами были разработаны планы-схемы психокоррекционных занятий для детей с ЗПР ([см. приложение](#)).

#### **5.4. Психорегулирующие тренировки в системе психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей с задержкой психического развития**

Для детей и подростков с ЗПР с выраженными межличностными и смешанными конфликтами целесообразно проводить *психорегулирующие тренировки* (ПРТ).

Опыт нашей работы показал, что ПРТ способствуют повышению устойчивости детей к конфликтным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических занятиях у детей с повышенной возбудимостью нормализуются тормозные процессы, что дает возможность управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева. Особенно целесообразно использовать психорегулирующие тренировки с детьми с ЗПР, у которых эмоциональные проблемы проявляются в основном в сфере межличностных конфликтов, в уверенности в себе и коррекции самооценки.

Впервые ПРТ были разработаны и адаптированы для спортсменов, при этом главной их задачей было управление уровнем психического напряжения.

В процессе работы с детьми и подростками с ЗПР мы использовали специально разработанные нами психорегулирующие тренировки, которые имеют следующие цели:

- смягчение эмоционального дискомфорта;
- формирование приемов релаксации;
- развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения.

Занятия проводятся поэтапно с учетом возрастных, индивидуально-психологических и клинико-психологических особенностей. Целесообразно проводить их через день с небольшой группой (до 5 человек).

##### *Основные требования к организации занятий*

- Помещение для занятий должно быть достаточно просторным и хорошо проветриваемым, защищенным от внешних шумов. Освещение не должно быть слишком ярким. В помещении должны быть установлены мягкие кресла с высокими подлокотниками. Желательно, чтобы

кроме кресел были специальные кушетки для занятий в положении лежа.

- Время занятий следует подбирать так, чтобы они проводились не раньше чем через 2–3 часа после еды. Продолжительность каждого занятия — 30–40 минут, включая последующее заполнение дневников-отчетов.
- На первых занятиях участники выполняют меньшее число упражнений, но каждое упражнение выполняется дольше. Таким образом, общая продолжительность занятий остается неизменной.
- Продолжительность курса зависит от индивидуальных и клинико-психологических особенностей детей с ЗПР. Опыт нашей работы показал, что он может включать от 15 до 45 занятий.
- Частота занятий зависит от конкретных условий. Например, в амбулаторных условиях занятия проводятся реже, чем в стационаре или в школе.
- В процессе занятий обязательно используется звуковое сопровождение, как правило, аудиозаписи.
- Сразу после окончания каждого занятия участники получают домашнее задание.

Психорегулирующие тренировки включают четыре основных этапа: установочный, успокаивающий, обучающий и восстанавливающий.

*Установочный этап ПРТ.* На первых занятиях данного этапа для детей с ЗПР школьного возраста психолог рассказывает о целях и задачах ПРТ, их значении в регуляции поведения человека в трудных ситуациях. Примеры должны быть убедительными и доступны детям с ЗПР. Содержание установочной беседы зависит от возраста и индивидуально-психологических особенностей членов группы. На установочном этапе дети обучаются методу прогрессивной мышечной релаксации Э. Джекобсона. Цель метода — произвольное расслабление поперечно-полосатых мышц в покое. Обучение этому методу проводится в три этапа.

Основная цель первого этапа — научить детей с ЗПР осознавать и чувствовать даже слабое мышечное напряжение и целенаправленно расслаблять мышцы-сгибатели. Предлагается упражнение на расслабление мышц-сгибателей: лежа на спине сгибать и разгибать руки в локтевых суставах, резко напрягая мышцы рук, затем резко их расслабляя. Упражнение повторяют несколько раз.

Затем, после того, как дети успешно овладеют данным упражнением, им необходимо научиться расслаблять мышцы шеи, туловища, плечевого пояса, ног, а затем мышц лица, глаз, гортани.

На втором этапе обучения методу прогрессивной мышечной релаксации Э. Джекобсона дети с ЗПР осваивают *дифференцированную релаксацию*. Это можно сделать, тренируя расслабленные мышцы в процессе чтения, письма и других занятий, расслабляя мускулатуру в положении сидя. Например, детям предлагают освоить позу «кучера на дрожках» посредством следующих действий:

1) сесть на стул так, чтобы его край пришелся на ягодичные складки;

2) широко расставить ноги, чтобы расслабить мышцы, сдавливающие бедра;

3) голени поставить перпендикулярно полу; если после этого остается напряжение в голенях, необходимо подвинуть стопы вперед на 3–4 см до исчезновения напряжения;

4) голову опустить вперед, чтобы она висела на связках, и сгорбить спину;

5) покачиваясь вперед-назад, убедиться, что поза устойчива за счет равновесия между опущенной головой и сгорбленной спиной;

6) положить предплечья на бедра так, чтобы кисти мягко согнувшись бедра и не соприкасались с ними; опираться предплечьями на бедра не следует, так как поза устойчива и без этого;

7) закрыть глаза;

8) дышать спокойно, как во сне, делая вдох и выдох через нос.

Сначала такая поза кажется неудобной, но по мере ее освоения выявляются достоинства: неприхотливость и универсальность; опущенная голова делает невидимым лицо, что важно для многих занимающихся (Петров Н. А., 1990).

Кроме позы «кучера на дрожках» участникам можно предложить другие позы: поза полулежа в кресле с высокой спинкой; поза в кресле с низкой спинкой; поза лежа с подушкой под головой; поза лежа без подушки. Рассмотрим каждую из них.

Для принятия позы полулежа в кресле с высокой спинкой нужно расположиться в кресле так, чтобы при расслаблении голова откидывалась назад. Положение рук и ног такое же, как в позе «кучера на дрожках». От позы «кучера на дрожках» данная поза отличается тем, что занимающийся сидит не на краю сиденья, а на всем сиденье так, что спина упирается в спинку кресла.

Чтобы принять позу лежа с подушкой под головой участнику необходимо выполнить следующие действия:

1) лечь на спину на кушетке, диване, под голову положить невысокую подушку;

2) стопы расположить на ширине плеч, расслабить ноги, при этом носки должны разойтись в стороны;

3) руки слегка согнуть в локтях, положить ладонями вниз; кисти рук не должны соприкасаться с туловищем.

Эта поза удобна для занятий в постели перед сном и утром сразу после сна. Если занятия происходят не перед сном, выход из состояния релаксации осуществляется так же. После этого нужно вдохнуть и на выдохе сесть в постели.

Для принятия позы лежа без подушки нужно выполнить следующие действия:

1) лечь на спину;

2) выпрямленные ноги расположить так, чтобы расстояние между стопами было 15–18 см;

3) вытянутые руки расположить под острым углом к туловищу ладонями вверх.

На третьем этапе освоения метода Э. Джекобсона дети обучаются наблюдать за собой в повседневной жизни и отмечать, какие мышцы напрягаются при волнении, страхе, тревоге, смущении. Рекомендуется целенаправленно уменьшать, а затем снимать локальное напряжение мышц.

Следует отметить, что овладение методом прогрессивной мышечной релаксации у многих детей и подростков с ЗПР вызывает существенные затруднения. В связи с этим не рекомендуется требовать от них полного овладения этим методом. Основной целью занятий в данном случае является формирование у участников положительной установки на ПРТ, а также диагностика их способности к саморегуляции.

*Успокаивающий этап ПРТ.* На данном этапе используется вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Многочисленные исследования психологов показали, что сильное физиологическое воздействие на организм оказывают хорошо известные классические и народные мелодии (Брусиловский Л. С., 1985; Рогов Е. И., 1996 и др.). Мы в своей работе для снятия психического напряжения у детей с ЗПР используем такие музыкальные произведения, как «Сладкие грезы» П. И. Чайковского, «Грустный вальс» Я. Сибелиуса, «Фантазия-экспромт» Ф. Шопена, романсы Д. Д. Шо-

стаковица к кинофильму «Овод», «Аве-Мария» Ф. Шуберта, «Лунная соната» Л. ван Бетховена и др.

Е. И. Рогов рекомендует подбирать музыкальные произведения с учетом психологического и физического состояния ребенка или подростка (Рогов Е. И., 1996). Например, при переутомлении и нервном истощении можно использовать такие произведения, как «Утро» Э. Грига, «Полонез» М. Огинского; при угнетенном, меланхолическом настроении — «К радости» Л. ван Бетховена, «Аве-Мария» Ф. Шуберта; при выраженной раздражительности, гневливости — «Хор пилигримов» Р. Вагнера, «Сентиментальный вальс» П. И. Чайковского, при снижении сосредоточенности внимания — «Времена года» П. И. Чайковского, «Лунный свет» К. А. Дебюсси, «Грезы» Р. Шумана.

Во время занятия психолог предлагает детям удобно расположиться в кресле, закрыть глаза, расслабиться и прослушать музыкальное произведение. В нашей практике для расслабляющего эффекта мы часто использовали «Лунную сонату» Л. ван Бетховена. На фоне расслабляющей музыки психолог спокойным голосом произносит соответствующую формулу: «Вы спокойны, вы совершенно спокойны... Представьте, что вы находитесь на берегу моря... Мягкий, теплый ветерок овеивает ваше лицо... Море синее, синее... Вода теплая... Вы лежите на теплом песке, он согревает вас... Вам легко и приятно, легко и приятно, легко и спокойно... спокойно...»

Не рекомендуется, чтобы дети засыпали на занятии, что нередко наблюдается у детей и подростков с высокой степенью внутшаемости на фоне психофизического и психического инфантилизма. Таким детям можно предложить зрительно-музыкальные стимулы, также направленные на снятие напряжения и создание позитивных установок на последующие занятия. С этой целью можно использовать специально подобранные изображения природы (лес, поле, морской прибой и др.), которые демонстрируются на экране, на фоне специальной расслабляющей музыки.

После каждого занятия рекомендуется предложить детям карточки, на которых изображены лица с различной мимикой (грусть, радость, удивление, задумчивость), и попросить их выбрать карточку, соответствующую его настроению после занятия. Можно использовать и цветовой тест Люшера.

Для подростков с ЗПР, особенно с психогенной формой, рекомендуется использовать полярные определения (для младших школьников это сложно): веселый — грустный; спокой-

ный — взволнованный; теплый — холодный; ясный — мрачный. Подросток должен отразить свое настроение по пятибалльной шкале.

Опыт нашей работы показал, что успокаивающий этап, как правило, длится от 2 до 7 занятий.

*Обучающий этап ПРТ.* Основная цель данного этапа — обучение детей и подростков с ЗПР произвольному расслаблению с помощью специальных релаксирующих упражнений. С этой целью можно использовать упражнения, разработанные И. Г. Шульцем, на вызывание тепла и тяжести, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений. Все упражнения необходимо модифицировать с учетом возрастных особенностей детей. Формулы должны сочетаться с конкретными эмоциональными образами. Формулы для релаксирующих упражнений: «Я подготовился к отдыху»; «Я успокаиваюсь»; «Я отвлекаюсь от всего»; «Посторонние звуки не мешают мне»; «Уходят все заботы, волнения, тревоги»; «Мысли текут плавно, медленно»; «Я отдыхаю»; «Я совершенно спокоен».

Традиционно расслабление лучше начинать с правой руки. На первом занятии участникам необходимо научиться с закрытыми глазами, мысленно, как можно ярче представлять себе образ совершенно расслабленной, тяжелеющей правой руки. Формулы для ощущения тяжести руки: «Моя правая рука тяжелая»; «Вся правая рука от плеча до кончиков пальцев тяжелая-тяжелая...». Эти формулы необходимо представить максимально наглядно. Например, если ребенку трудно вызвать у себя ощущение тяжести в руке, можно предложить ему вообразить, что он несет сумку, битком набитую книгами, книги тянут руку, рука тяжелеет. Задание считается выполненным, когда ощущение тяжести правой руки отчетливо фиксируется.

Затем дети учатся вызывать тепло в правой руке. Это делается сидя или лежа в удобной позе, с закрытыми глазами, с помощью соответствующих формул. Формулы для ощущения тепла в руке: «Моя правая рука теплеет»; «В правой руке появляется приятное ощущение тепла».

Рекомендуется предложить детям и подросткам проводить самостоятельную тренировку перед сном (домашнее задание).

На последующих занятиях изучаются упражнения на дыхание. С этой целью используются дыхательные гимнастики. Перед началом дыхательных упражнений необходимо рассказать детям о значении дыхания в жизни человека.

Дыхательная гимнастика:

- постепенное удлинение выдоха до тех пор, как он не станет вдвое длиннее вдоха;
- удлинение всех фаз дыхания;
- уменьшение вдоха, пока он не сравняется с выдохом.

Дыхательные упражнения вызывают большие трудности и у детей, и у подростков с ЗПР, особенно при задержке церебрально-органического генеза. Дыхательные упражнения для детей с соматогенной формой ЗПР необходимо проводить с осторожностью, особенно с детьми, страдающими хронической пневмонией, сердечно-сосудистыми и аллергическими заболеваниями. Перед началом занятий психолог должен обязательно проконсультироваться с педиатром.

Главная задача — научить ребенка удлинять выдох. Например, на счет 1, 2, 3, 4 — вдох, затем на счет 1, 2, 3, 4 — выдох (2 раза). Затем выдох увеличить до 5 раз, затем до 6, затем до 8. Каждое упражнение повторяют по 2–3 раза.

После освоения дыхательных упражнений дети (подростки) учатся вызывать ощущение глубинного тепла в животе. Это способствует расслаблению внутренних органов. Формулы на расслабление внутренних органов: «Мой живот мягкий»; «Мой живот теплый». Предварительно можно предложить ребенку сконцентрировать свое внимание на том, как пища или вода проходит в желудок. Например: «Ты сделал глоток горячего молока, оно проходит через пищевод к желудку» или «Представьте себе, что на месте желудка лежит грелка и ее тепло проникает внутрь желудка».

После этого рекомендуются упражнения на вызывание тепла в солнечном сплетении, что способствует снятию неприятных ощущений и болей в органах брюшной полости. Это упражнение не рекомендуется детям с ЗПР соматогенного генеза.

Следующее упражнение направлено на вызывание ощущения прохлады лба. Формула для ощущения прохлады лба: «Мой лоб слегка прохладен». Повторяя эту формулу несколько раз, можно предложить ребенку зрительные образы: «Я нахожусь около вентилятора... прохладный воздух овеает мое лицо».

После обучения детей произвольному расслаблению с помощью описанных выше упражнений следует переходить к восстановливающему этапу ПРТ.

*Восстанавливающий этап ПРТ.* На фоне релаксации дети с ЗПР выполняют специальные упражнения, направленные на коррекцию настроения, развитие коммуникативных навыков, перцептивных процессов, двигательных функций и др. Например, психолог предлагает ребенку, который находится в состоянии аутогенного расслабления (пассивного бодрствования), выполнять идеомоторный проигрыш конкретного двигательного акта (письмо, шнуровка и др.). Идеомоторные проигрыши рекомендуется повторять 3–4 раза в день. Мы использовали идеомоторные тренировки на фоне аутогенного погружения с детьми с ЗПР, у которых наблюдались фобические расстройства, связанные с проблемами в общении со сверстниками, с неуспехами в обучении и др.

Эффективен также метод сюжетных представлений. Ребенку, находящемуся в состоянии аутогенного погружения, предлагается сначала представить себя в индифферентной ситуации (например, «иду по улице», «кушаю суп» и др.), а затем в эмоционально значимой обстановке, связанной с имеющимися у ребенка проблемами. Например, «пришел из школы и необходимо приступить к подготовлению уроков», или «стесняюсь подойти к учителю и задать ему вопрос», «боюсь, что одноклассники начнут меня обзывать» и др. Ребенок представляет данную ситуацию, а психолог предлагает ему формулы: «Я спокоен, совершенно спокоен... я успешно справлюсь, найду правильный выход из любой ситуации».

В процессе упражнений на сюжетное представление перед ребенком стоят следующие задачи:

- ясно представить положительное переживание, например, от выполнения домашнего задания, общения с незнакомым человеком и др., а затем воспроизвести этот образ в сознании;
- как можно яснее и четче представить результаты сделанного;
- представить для себя, что полученные результаты имеют большое значение.

Для коррекции интрапсихических и межличностных конфликтов рекомендуется разыгрывать с ребенком различные психодраматические ситуации с использованием специальных сценариев, в которых учитываются проблемы ребенка. Основной целью использования психодраматических ситуаций является обучение ребенка адекватному реагированию на конфликт,

на его разрешение или адаптацию к имеющимся проблемам. Например: «Одноклассники смеются над твоей медлительностью, нарушением речи и др. Давай проиграем, как вести себя в такой ситуации».

Требования к специалисту-психологу, проводящему ПРТ

- Психолог осуществляет отбор детей для занятий и руководит занятиями.
- Новые упражнения должны осваиваться детьми только под руководством психолога.
- В процессе проведения занятий словесные формулы должны произноситься психологом достаточно четко.
- Голос психолога должен звучать повелительно и успокаивающе.
- Красочность, убедительность и образность речи психолога очень важны в процессе занятий. Не следует допускать резкий директивный тон. Нежелательно зачитывать формулы по написанному тексту.
- В процессе занятий психолог должен быть предельно искренним и переживать содержание занятий вместе с детьми.

Методические требования к занятиям ПРТ:

- обязательное выполнение каждого упражнения;
- самонаблюдение и фиксация возникших во время упражнений ощущений;
- самостоятельное повторение упражнений в течение дня (два-три раза);
- привлечение родителей и педагогов с целью выполнения домашних заданий;
- если дети с ЗПР испытывают существенные трудности при выполнении предъявляемого задания, необходимо упростить инструкцию, предложить детям представить ситуации в упрощенной форме.

Противопоказания к проведению ПРТ:

- высокий уровень внушаемости;
- дети с ЗПР, в анамнезе у которых наблюдались эпизиндромы;
- дети с ЗПР с тяжелыми соматическими заболеваниями;
- дети и подростки с ЗПР с выраженными психопатическими синдромами;
- категорический отказ родителей, чтобы ребенок занимался ПРТ.

## **Психогимнастика**

Наряду с психорегулирующими и психомышечными тренировками в работе с детьми и подростками с ЗПР используется психогимнастика.

Б. Д. Карвасарский в «Психотерапевтической энциклопедии» (1998) дает следующее определение психогимнастики как способа психологического воздействия. Психогимнастика — это «один из невербальных методов групповой психотерапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии в качестве главного средства коммуникации в группе» (Карвасарский Б. Д., 1998). Сущность психогимнастики заключается в выражении переживаний, проблем, эмоций посредством движений, мимики и жестов.

В детской и подростковой практической психологии психогимнастика рассматривается как курс специальных занятий (этюдов, упражнений и игр), направленных на развитие и коррекцию различных сторон психики ребенка (познавательной и эмоционально-личностной). Впервые психогимнастику как метод психотерапии и психопрофилактики начала применять в своей практике чешский психолог Г. Юнова. В каждое занятие она включала ритмику, пантомимику, коллективные игры и танцы.

Задачи психогимнастики для детей с ЗПР можно разделить на две группы:

- профилактические задачи: сохранение психического здоровья; предупреждение эмоциональных расстройств;
- собственно коррекционные задачи: преодоление коммуникативных барьеров, снятие психического напряжения; формирование у детей способности выражать свои эмоции; формирование способности понимать эмоции других детей; создание возможностей для самовыражения и со-переживания.

В процесс занятий используются такие упражнения, как неверbalное и вербальное общение, обмен ролями партнеров по общению, оценка своих эмоций и эмоций партнера по общению. Дети и подростки с ЗПР обучаются азбуке выражения эмоций с помощью движений. В занятиях психогимнастикой в основном используется невербальный материал, но, если ребенок с ЗПР пытается выразить свои чувства вербально, его не следует останавливать, нужно дать ему возможность высказаться. В процессе занятий психогимнастикой ребенка обучаают выразительным жестам, мимике, пантомимике, использованию

оттенков в речи. Они являются внешними проявлениями любого эмоционального состояния.

Мимика отражает чувства и настроения человека. Они проявляются во взгляде, который может быть прямым, открытым, потупленным, доверчивым, ласковым, выразительным, блуждающим. Общее выражение лица может быть осмысленным, грустным, угрюмым и т. д. Выражение лица играет важную роль в общении. К. Изард (1999) подчеркивал, что эмоции, отражающиеся на лице человека, «слышны лучше, чем речь».

Жесты можно разделить на условные, указывающие, подчеркивающие, ритмичные, показывающие и эмоциональные. Жестикуляция может быть живой, вялой, бедной, богатой, моловыразительной, естественной, спокойной, порывистой, робкой, энергичной. Жест может отсутствовать вообще.

В пантомимике большое значение имеют осанка и поза. При систематических упражнениях пантомимикой можно улучшить двигательные функции у детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

В психогимнастике каждое упражнение направлено на тренировку отдельных мышц лица и тела. С этой целью используются различные этюды, такие как «Удивление», «Восторг», «Сердитый дедушка» и др. Например, с помощью этюда «Удивление» тренируются мышцы лба и надбровные мышцы, с помощью этюда «Соленый чай» — мышцы носа. Опыт нашей работы показывает, что психогимнастика помогает детям и подросткам с ЗПР и расстройствами поведения осмыслить связь отдельных мышечных движений лица с определенными переживаниями. Одновременно дети и подростки обучаются определять и вербализировать свои чувства (Мамайчук И. И., Смирнова М. Н., 2010).

Занятия пантомимикой состоят из проигрывания этюдов с последовательным изучением различных поз, походки и других выразительных движений. Можно использовать следующие психогимнастические игры.

### «Кто это?»

**Цель:** обучение дифференцированию позы.

**Ход игры.** Дети и подростки сидят в кругу, один из них показывает позы различных животных (например, лисы, медведя, зайца и др.). Остальные угадывают, кого он изображает.

### «Угадай мое настроение»

**Цель:** обучение дифференцировке мимики.

**Ход игры.** Двое детей (подростков) сидят или стоят на расстоянии нескольких шагов друг от друга. Третий ребенок (подросток) должен определить, кто из них боится; кто грустит; на чьем лице мина отвращения; на чьем — удовольствие и т. д.

Эти игры вызывают положительные эмоции у детей с ЗПР, улучшают их коммуникативные навыки, способствуют сплочению группы.

В работе с детьми и подростками широко используется метод психогимнастики, разработанный Г. Юновой и модифицированный М. И. Чистяковой. Как было сказано выше, занятия по психогимнастике включают в себя ритмику, пантомимику, коллективные танцы и игры. По методу Г. Юновой каждое занятие состоит из трех фаз:

- 1-я фаза — снятие напряжения с помощью различных вариантов бега, ходьбы, имеющих социально-психологическое значение (например, «кого выбрать в напарники» и т. д.);
- 2-я фаза — пантомимика (например, изображение страха, растерянности, удивления и др.);
- 3-я фаза — заключительная — закрепление чувства принадлежности к группе (используются различные коллективные игры и танцы).

М. И. Чистякова (1990) модифицировала этот метод для детей младшего возраста и включила в структуру занятий следующие фазы:

- 1-я фаза — обучение технике выразительных движений;
- 2-я и 3-я фазы — обучение использованию выразительных движений;
- 4-я фаза — обучение навыкам саморасслабления.

Итак, психогимнастика является эффективной психокоррекционной технологией для детей с ЗПР как в профилактике эмоциональных нарушений, их смягчении, так в формировании коммуникативных навыков в процессе групповых занятий.

## Список литературы

- Арина Г. А. Особенности становления ВКБ в детском возрасте // Психосоматика: Телесность и культура / Под ред. В. В. Николаевой. — М.: Академический проект, 2009. — С. 162–175.
- Арина Г. А. Теоретическая модель ВКБ // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека. — М., 1989. — С. 96–97.
- Бадиа Алькаши. Влияние семейного воспитания на формирование самооценки у школьников с нарушениями в психическом развитии (на материале семей России и бедуинского сектора Израиля): Дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2010.
- Белопольская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. — М., 2009.
- Белопольская Н. Л. Личностные особенности детей с задержкой психического развития в системе дифференциально-психологической диагностики: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 1996. — 47 с.
- Брайтфельд В. Н. Формирование мотивации учебной деятельности младших подростков с задержкой психического развития // Дефектология. — 1999. — № 1. — С. 31–36.
- Брусиловский Л. С. Музыкотерапия: Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1979. — С. 256–275.
- Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидерс А. Г. Возрастно-психологическое консультирование. — М., 1990. — 112 с.
- Вахрушева И. А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: Канд. дис. ... психол. наук. — СПб., 2004.
- Вейц А. Э. Психологические особенности детей младшего школьного возраста с неврозоподобными расстройствами: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — 2013.
- Венгер Л. А. (ред.) Дидактические игры и упражнения по сенсорному воспитанию дошкольников — М.: Просвещение, 1978. — 95 с.
- Вольперт И. Е. Игровая психотерапия: Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1979. — С. 232–245.
- Вострокнутов Н. В., Макушкин Е. В., Бадмаева В. Д., и др. Инфантилизм (детский и подростковый возраст) / Психическое здоровье. — 2013. — Т. 88, № 9. — С. 3–11.
- Вроню М. Ш. Олигофрении: Руководство по психиатрии. Т. 2. — М.: Медицина, 1983. — С. 447–454.
- Выготский Л. С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Вопросы психологии. — 1966. — № 6.
- Выготский Л. С. Воображение и его развитие в детском возрасте // Собр. соч.: В 6 т. Т. 2. — М., 1982. — С. 436–454.
- Галицына Е. Ю. Психологическая защита личности детей, страдающих бронхиальной астмой // Педиатр. — 2014. — Т. V. — Вып. 1. — С. 110–117.
- Запорожец А. В. Избранные психологические труды: В 2 т. Т. 1. Психическое развитие ребенка. — М., 1986.
- Запорожец А. В., Неверович Я. З. К вопросу о генезисе функций и структуры эмоциональных процессов у ребенка // Вопросы психологии. — 1974. — № 6.
- Захаров А. И. Неврозы у детей. — СПб., 1996.

- Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. — М., 1982. — 214 с.
- Емелина Д. А., Макаров И. В. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2011. — № 3. — С. 11–16.
- Изард К. Э. Психология эмоций / Пер. с англ. — СПб.: Питер, 1999. — 464 с.
- Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб., 1996.
- Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматические расстройства у детей. — СПб.: Речь, 2005.
- Калижнюк Э. С. Задержка психического развития при детских церебральных параличах и принципы лечения: Метод. рекомендации. — 1983. — 25 с.
- Карабанова О. А. Игра в коррекции психического развития ребенка. — М., 1997. — 168 с.
- Карвасарский Б. Д. и др. Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб., 1998.
- Кисова В. В. Клинико-психологические особенности детей с задержкой психического развития как основа коррекционно-развивающей работы в специализированных образовательных учреждениях // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2014. — Т. 16, № 2. — С. 348–352.
- Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
- Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М., 1985. — 288 с.
- Кузнецова Л. В. Особенности мотивационной готовности детей с задержкой психического развития к школьному обучению: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1986.
- Курганова Ю. Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 2004.
- Лебединская К. С. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. — М., 1982.
- Лебединская Л. С. К проблеме этиологической и патогенетической классификации задержек психического развития // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1982. — № 3.
- Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М.: МГУ, 1985.
- Лэндрет Г., Хоумер Л., Glover D., Свини Д. Игровая терапия как способ решения проблем ребенка. — М.: Московский психолого-социальный институт, 2001. — 320 с.
- Мамайчук И. И. Внутренняя картина здоровья подростков. Психология здоровья: Учебное пособие / Под ред. Г. С. Никифорова. — СПб.: Речь, 2008. — С. 116–141.
- Мамайчук И. И. Методы психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии. — СПб.: Эко-Вектор, 2015.
- Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. — СПб.: Речь, 2003. — 400 с.
- Мамайчук И. И. Психологическая коррекция детей и подростков с нарушениями в развитии: Учебное пособие. — СПб.: СПБГУ, 1997.

Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. — СПб.: Речь, 2001. — 220 с.

Мамайчук И. И. Психологический анализ системы отношений в семьях дошкольников и пути их коррекции // Вместе с семьей. — СПб., 1996.

Мамайчук И. И., Вахрушева И. А. Внутренняя картина болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии. — СПб., 2004.

Мамайчук И. И., Вейц А. Э. Анализ психологических защит и копинг-поведения у детей с неврозами и неврозоподобным синдромом, обусловленным резидуально-органической патологией ЦНС // Вестник ЛГУ им. А. С. Пушкина. «Психология». — 2012. — Т. 5, № 2.

Мамайчук И. И., Ильина М. Н. Помощь психолога детям с задержкой психического развития. — СПб.: Речь, 2004.

Мамайчук И. И., Краунков С. В. Психосемантические исследования в клинике подростков, страдающих сколиозами // Вестник Санкт-Петербургского университета. — Серия 12. «Психология. Социология Педагогика». — 2014. — № 4.

Мамайчук И. И., Соловьев Е. Ю. Механизмы психологической защиты детей с бронхиальной астмой // Тезисы научно-практической конференции «Ананьевские чтения — 99». — СПб.: СПбГУ, 1999. — С. 320–321.

Мамайчук И. И. Ортис Диас. Х. Психологическая подготовка детей с ортопедическими заболеваниями к хирургическому лечению // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1989. — № 7. — С. 60–64.

Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями // Педиатр. — 2014. — Т. 5, № 1. — С. 107–118.

Марковская И. Ф. Задержка психического развития церебрально-органического генеза (клинико-психологические корреляции): Автoref. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1982.

Марковская И. Ф. Задержка психического развития (клиническая и нейропсихологическая диагностика). — М., 1995.

Марковская Я. Ф. Клинико-нейропсихологическая характеристика задержки психического развития // Дефектология. — 1977. — № 6.

Миланич Ю. М. Психология детей с задержкой психического развития: практикум. — СПб.: ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2008.

Миланич Ю. М. Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 1998.

Милейко М. В. Динамика образа Я у детей с хронической гастро-дуodenальной патологией в процессе медицинской и психологической реабилитации: Дис. ... канд. психол. наук. — 2008.

Мустакас К. Игровая терапия. — М.: Речь, 2003. — 282 с.

Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. — М., 1987.

Павлий Т. Н. Исследование особенностей аффективного развития детей с задержкой психического развития: дис. ... канд. психол. наук. — М., 1997.

Павлий Т. Н. Диагностика и коррекция эмоциональной сферы детей с ЗПР. — Комсомольск-на-Амуре: Изд-во Пед. ин-та, 1997.

Павлий Т. Н. Некоторые подходы к изучению и коррекции эмоциональной сферы детей с задержкой психического развития // Школьный психолог. — 1999. — № 31.



- Петров Н. А. Аутогенная тренировка для вас. Практическое пособие (с примечаниями для инструкторов). — М., 1990.
- Порошина Е. А. Психокоррекционная технология формирования произвольной регуляции психической деятельности у детей с задержкой психического развития: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — 2011.
- Пылаева Н. М., Ахутина Т. В. Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у детей 5–7 лет: Методическое пособие. — М., 1997.
- Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании. — М., 1996.
- Роль игры в воспитании детей / Под ред. А. В. Запорожца. — М.: Просвещение, 1976. — 96 с.
- Рудестам К. Групповая психотерапия. — СПб., 1998.
- Рудестам К. Практические упражнения по групповой психотерапии. — СПб.: Изд-во Ин-та им. В. М. Бехтерева, 1992. — 44 с.
- Руслакова Е. Е. Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психологической коррекции: Дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2004. — 264 с.
- Сафади Хасан. Клинические особенности умственной работоспособности у детей с задержкой психического развития: Дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 1997.
- Семаго Н. Я., Семаго М. М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. — М.: АРКТИ, 2000. — 208 с.
- Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. — М.: ACADEMA, 2002.
- Слепович Е. С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития. — М.: Педагогика, 1990. — 96 с.
- Слепович Е. С. Умственное воспитание детей с задержкой психического развития в процессе дидактической игры. — Минск, 1986.
- Слепович Е. С., Харин С. С. Становление сюжетно-ролевой игры как совместной деятельности у дошкольников с задержкой психического развития // Дефектология. — 1988. — № 6.
- Слепович Е. С., Харин С. С. Становление сюжетно-ролевой игры как совместной деятельности у дошкольников с задержкой психического развития // Дефектология. — 1988. — № 6.
- Спиваковская А. С. Нарушения игровой деятельности. — М.: МГУ, 1980. — 132 с.
- Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. — М., 1988.
- Спиваковская А. С. Психотерапия: игра, детство, семья. Т. 2 — М.: Эксмо-Пресс, 2000. — 464 с.
- Стрелкова Л. П. Роль игры-драматизации в развитии эмоций у ребенка // Игра и ее роль в развитии ребенка дошкольного возраста. — М., 1978. — С. 139–144.
- Чистякова М. И. Психогимнастика. — М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1990. — 95 с.
- Щукина Г. И. Активизация познавательной деятельности учащихся в учебном процессе: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. — М.: Просвещение, 1979. — 160 с.
- Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей. — 2-е изд., исправ. и доп. — М.: Российское педагогическое агентство, Когито-центр, 1998. — 128 с.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2002.

Эксслайн В. Игровая терапия в действии. Дибс в поиске себя. — М: Экмо, 2003. — 384 с.

Эльконин Д. Б. Психология игры. — 2-е изд. — М.: ВЛАДОС, 1999.

Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Под ред. В. В. Лебединского. — М.: Изд-во МГУ, 1990.

Эриксон Э. Детство и общество. — СПб., 1996. — 588 с.

Юркова И. А. Динамика отдельных клинических вариантов психического инфантилизма у детей (по катамнестическим данным) // Журн. неврол. и психиатр. — 1959. — № 7. — С. 863–867.

Юркова И. А. О некоторых клинических особенностях психического инфантилизма // Дети с временными задержками развития. — М., 1971. — С. 25–31.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В учебном пособии представлены основные теоретико-методологические и практические направления психологической помощи детям с задержкой психического развития.

С учетом многообразия вариантов нарушений когнитивной и эмоционально-личностной сферы у детей с ЗПР разработаны основные принципы психологической диагностики и коррекции.

Для эффективной психологической коррекции детей с ЗПР важно учитывать сложные системно-структурные модели их психического развития с учетом клинико-психологических особенностей, а также онтогенетические модели их нарушенного развития (психического дизонтогенеза). Именно такой подход дает возможность разработать дифференцированные методы психокоррекционных воздействий с ориентацией на степень тяжести, клиническо-психологическую структуру дефекта и особенности социальной ситуации развития детей с ЗПР.

Учет онтогенетических моделей предполагает два основных направления в психологической коррекции детей с ЗПР.

Первое — возврат к ранним онтогенетическим этапам развития познавательных процессов и личности, активизация этих процессов в качестве ранее не использованных резервов (коррекционно-развивающее направление). Например, для формирования зрительно-пространственных функций у детей с ЗПР церебрально-органического генеза мы формируем у них предметно-практические манипуляции, ориентированную и мотивационную основы действия. Для развития коммуникативных навыков и эмоционально-волевой устойчивости используются различные подвижные игры и расслабляющие техники, направленные на более ранний уровень эмоционального реагирования ребенка.

Второе — ориентация на уровень ближайшего развития ребенка. Это предполагает стимуляцию взросления личности детей с проблемами в развитии и включает в себя формирование их самооценки, самоуважения, адекватного отношения к своему дефекту.

Важную роль в эффективности психологической коррекции играет семья ребенка с ЗПР, что требует обязательного включения в психокоррекционный комплекс семейной психокор-



рекции, направленной на гармонизацию семейных отношений и формирование адекватных стилей семейного воспитания.

Сложность, многообразие и специфика нарушенного развития у детей с ЗПР обусловливают применение системного подхода к разработке психокоррекционных технологий, которые мы рассматриваем как совокупность знаний о способах и средствах проведения психокоррекционного процесса.

Главные направления психологической коррекции детей определяются ведущими симптомокомплексами, лежащими в основе дефекта ребенка. Для детей с ЗПР церебрально-органического генеза основное направление — это коррекция интеллектуальных, гностических и эмоционально-волевых функций. Для детей с ЗПР соматогенного происхождения — это коррекция нейродинамических характеристик познавательных процессов и личностного развития. Для детей с гармоническим инфантилизмом и с психогенными формами ЗПР — это формирование мотивационной основы деятельности. Особое внимание уделяется психологической коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с ЗПР, особенно при задержке психогенного происхождения, основной целью которой является гармонизация их личностной структуры, семейных взаимоотношений и актуальных психотравмирующих проблем. В процессе психологической коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей с ЗПР мы выделяли главные «системообразующие факторы» нарушений и основные уровни эмоциональной регуляции поведения.

Различные теоретические подходы к проблеме психологической коррекции в зарубежной и отечественной психологии предлагаю разнообразные психокоррекционные технологии. Следует подчеркнуть, что при разработке психокоррекционных технологий для детей и подростков с проблемами в развитии рекомендуется ориентироваться не на отдельное теоретическое направление, а использовать разнообразные способы психологических воздействий, базирующихся на многочисленных теоретических направлениях. Разработка отдельных психокоррекционных технологий зависит от конкретных психокоррекционных задач, которые определяются степенью выраженности проблем у ребенка и его родителей.

В заключение хочется выделить некоторые позитивные и негативные аспекты психологических исследований задержки психического развития.



Уже более 40 лет отечественные психологи и клиницисты изучают эту проблему. В фундаментальных исследованиях психиатров, психологов и педагогов определены основные направления изучения проблемы задержанного развития у детей, подчеркнута роль комплексного подхода к ее анализу, создана система коррекционно-развивающего обучения детей с ЗПР, которая успешно функционирует уже более двадцати лет.

К сожалению, на практике подавляющее большинство исследований детей с задержкой психического развития проводилось и проводится в рамках психолого-педагогического направления. Недостаточно учитываются клинические формы, динамика, возрастные особенности детей с ЗПР.

Значительное число работ посвящено психологической диагностике детей с ЗПР, в которых авторы подчеркивают недоразвитие психических процессов, свойств личности, эмоционально-волевой сферы. Нередко психологическая диагностика с ориентацией на уровневые характеристики психических функций определяет дальнейшую судьбу ребенка, его обучение в специальном классе, школе и др. Да и функции психолога в специализированном образовательном учреждении, в психолого-педагогическом центре ограничены только диагностикой, не уделяется должного внимания психологической помощи детям с ЗПР, основанной на дифференцированном подходе к ребенку.

Сам процесс психологической диагностики детей с ЗПР необходимо переводить на качественно новый уровень, а именно направлять усилия не на констатацию факта отставания (задержки), а на психологический анализ своеобразных проявлений ЗПР и анализ «зоны ближайшего развития» ребенка. Но главным и перспективным, на наш взгляд, является разработка проблемы психологической помощи детям с ЗПР с учетом клинических и психолого-педагогических факторов. Только в процессе анализа доступной ребенку деятельности (игровой, учебной и др.) психолог может дать адекватную прогностическую оценку особенностей развития познавательной сферы и личности ребенка. Правильно организованная психологическая помощь с соблюдением принципа единства диагностики и коррекции дает возможность психологу правильно оценить и пробудить в ребенке его потенциальные возможности.

Есть еще один фактор, на который нельзя не обратить внимание. Это сам термин «задержка психического развития». К сожалению, этим термином широко пользуются и педагоги,



и врачи, и родители, и социальные работники. Нередко невропатолог или даже педиатр, осматривающий младенца в поликлинике, с легкостью ставит ему диагноз «задержка психического развития». Этот диагноз долго «преследует» ребенка, мешает ему при поступлении в детский сад, школу. Не нарушаем ли мы права ребенка бездумным апеллированием этим термином? Нам есть над чем задуматься.

К сожалению, в настоящее время не существует единых принципов клинической систематики ЗПР, отсутствует единая точка зрения по поводу самостоятельности данного диагноза. Например, в англо-американской литературе используется термин «минимальная мозговая дисфункция», официально принятый в 1962 г. на международной конференции детских невропатологов в Оксфорде. В немецкой литературе используется психолого-педагогическое понятие «нарушение взаимоотношений» («школьного поведения»), что проявляется у детей в трудностях подчинения правилам, невыполнении указаний взрослых, негативизме, эмоциональной неустойчивости. Многие отечественные клиницисты выделяют легкие формы психического недоразвития, обусловленные неблагоприятными социокультурными факторами. Отсутствуют четкие критерии постановки диагноза в преддошкольном и дошкольном возрасте, и, как правило, диагноз ставится при поступлении ребенка в школу. Решение этих вопросов возможно только при междисциплинарном подходе к проблеме, при тесном сотрудничестве клиницистов, психологов и педагогов.

Хочется выделить основные научно-практические аспекты проблемы задержки психического развития.

Перспективы психологии как фундаментальной науки, на наш взгляд, существенно зависят от дальнейшего психологического изучения нарушений развития, что дает возможность углубить наши представления о психологических механизмах нормального развития.

Клинико-психологово-педагогическое исследование детей с ЗПР позволяет:

- раскрыть роль биологических факторов в процессе развития ребенка, определить соотношение биологических и социальных факторов;
- раскрыть микроэтапы в формировании психических процессов в онтогенезе, которые при нормальном развитии труднодоступны психологическому анализу из-за уско-



ренной интериоризации психических функций в онтогенезе;

- глубже исследовать роль мотивационных факторов в процессе адаптации детей;
- проанализировать особенности формирования компенсаторных механизмов при парциальной недостаточности высших корковых функций;
- глубже изучить мозговую организацию психических функций в детском возрасте, связь нейропсихологических симптомокомплексов с уровнем умственного развития ребенка;
- изучить особенности развития детей с ЗПР, в первую очередь психогенного происхождения, что позволит глубже раскрыть влияние ранней психической и эмоциональной депривации на формирование дезадаптивных форм поведения;
- изучить общение у детей с задержанным развитием, проанализировать влияние индивидуально-типологических, личностных и средовых факторов на процесс межличностного взаимодействия.

Разработка этих проблем возможна только в процессе комплексного взаимодействия специалистов разных профилей, в котором психолог играет центральную роль и умело сочетает клинико-психологический и психолого-педагогический подходы к проблеме.

Эффективность психологической помощи детям с ЗПР зависит не только от профессионального уровня психолога, но и от уровня психологических знаний и умений педагогов, врачей и других специалистов, окружающих ребенка. Только в тесном профессиональном сотрудничестве мы добьемся успехов в психическом развитии детей с ЗПР, в гармонизации их личности, поможем им реализовать свой личностный потенциал и найти достойное место в жизни.