

Н.Я. СЕМАГО, М.М. СЕМАГО

**Психологические особенности  
проблемных детей**

Лекции 5–8

Москва  
Педагогический университет  
«Первое сентября»  
2008

*Наталья Яковлевна Семаго,  
Михаил Михайлович Семаго*

Материалы курса «Психологические особенности проблемных детей»: лекции 5–8. – М. : Педагогический университет «Первое сентября», 2008. – 60 с.

*Учебно-методическое пособие*

Редактор *Э.М. Тахтарова*  
Компьютерная верстка *Д.В. Кардановская*

Подписано в печать 15.12.2008.  
Формат 60×90/16. Гарнитура «PragmaticaС», «VodoniС».  
Печать офсетная. Печ. л. 3,75  
Тираж 400 экз. Заказ №  
Педагогический университет «Первое сентября»,  
ул. Киевская, д. 24, Москва, 121165  
<http://edu.1september.ru>

© М.М. Семаго, 2008  
© Н.Я. Семаго, 2008  
© Педагогический университет «Первое сентября», 2008

## Учебный план

№ брошюры	Название лекции
1	<b>Лекция 1.</b> <i>История развития представлений о проблемном детстве.</i> Представления о норме как социально-психологическом нормативе. Виды типологических подходов. Трехкомпонентная модель анализа отклоняющегося развития
1	<b>Лекция 2.</b> <i>Механизмы психического развития.</i> Базовые составляющие развития, их структура. Формирование произвольной регуляции, пространственно-временных репрезентаций и аффективной организации. Феноменологические проявления и треугольник анализа
1	<b>Лекция 3.</b> <i>Варианты тотального недоразвития психических функций.</i> Особенности проявлений и возникающих у ребенка проблем. Определение образовательного маршрута
1	<b>Лекция 4.</b> <i>Особенности вариантов и форм парциальной несформированности компонентов психической деятельности.</i> Механизмы, феноменология, рекомендации по психологической помощи <b>Контрольная работа № 1</b>
2	<b>Лекция 5.</b> <i>Варианты задержанного и дисгармоничного развития.</i> Особенности причин, механизмов и наблюдаемых проявлений. Дифференциальная диагностика и рекомендации родителям и педагогам
2	<b>Лекция 6.</b> <i>Особенности механизмов формирования различных вариантов искаженного развития.</i> Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра <b>Контрольная работа № 2</b>
2	<b>Лекция 7.</b> <i>Представление о поврежденном и дефицитарном развитии.</i> Психическая травма как один из вариантов поврежденного развития. Понятие сложного нарушения развития
2	<b>Лекция 8.</b> <i>Диагностические методики и способы их использования в деятельности психолога.</i> Структура психологического заключения. Психологический диагноз как основа заключения. <b>Итоговая работа (см. с. 60)</b>

## Лекция 5

# Варианты задержанного и дисгармоничного развития

*Особенности причин, механизмов и наблюдаемых проявлений.  
Дифференциальная диагностика и рекомендации  
родителям и педагогам*

Как говорилось в первой лекции, задержанный тип психического развития относится к группе *недостаточного*, а дисгармоничный — к группе *асинхронного* развития. Мы не зря объединили эти два варианта в одной лекции. Практика показывает, что очень часто то, что в дошкольном и младшем школьном возрасте оценивается как задержанное, в более старшем возрасте «преобразовывается» в дисгармоничное. Как правило, диагноз «ЗПР» в подростковом возрасте куда-то исчезает, а на его месте оказываются уже не недостаточность познавательной деятельности и трудности обучения, а поведенческие особенности, акцентуации характера, элементы асоциальности. Таким образом, один психологический диагноз как бы превращается в другой. Действительно, в динамическом плане обсуждаемые варианты очень близки. И при неблагоприятных условиях, невысоких ресурсных возможностях ребенка задержанный тип развития не «растворяется» в норме, а фактически переходит в другую группу — *асинхронного* развития.

### Варианты задержанного психического развития

Понятие «задержка развития» упоминается еще в психиатрических работах начала XX века. Проблема «пограничной умственной отсталости» рассматривалась отечественными специалистами в 1930-е (Н.И. Озерецкий, А.Ф. Мельникова, С.Я. Рабинович, Г.Е. Сухарева и др.), а затем в 1950-е годы. Практически всегда речь шла о принципиальной неправильности подведения под категорию «задержка психического развития» достаточно полиморфной группы детей. Г.Е. Сухарева, которая первой описала клинические варианты задержанного развития, так выразила свое мнение: «...представляется неудачной формулировка диагноза «задержка психического развития». Без раскрытия его клинического содержания этот термин остается пустым и ненужным».

В своем классическом психолого-педагогическом варианте термин «задержка психического развития» был озвучен Т.А. Власовой и М.С. Певзнер в 1960–1970-е гг. Это определение совершенно справедливо сопровождалось словом «**временная**», тем самым однозначно декларировался тот факт, что через определенный срок эта задержка компенсируется (с помощью специалистов или без нее), ребенок догонит своих сверстников и его развитие войдет в условно-нормативное русло.

В свою очередь, К.С. Лебединской (1980, 1982) были проведены дальнейшее разграничение и систематизация этого варианта отклоняющегося развития. В ее широко известной классификации выделяются четыре варианта задержанного развития:

- 1) ЗПР конституционального происхождения;
- 2) ЗПР соматогенного происхождения;
- 3) ЗПР психогенного происхождения;
- 4) ЗПР церебрально-органического происхождения.

В дальнейшем мы будем соотносить наши варианты отклоняющегося развития с вариантами этой классификации.

В дефектологической практике со временем исчезла даже та дифференциация вариантов задержанного развития, которая была предложена Г.Е. Сухаревой и К.С. Лебединской, стала исчезать и категория *временности* задержки психического развития. Всё разнообразие подобного типа развития в большинстве современных исследований сводится к единому, грубо упрощенному понятию «ЗПР».

И на наш взгляд, при выделении категории **истинно задержанного развития** главными должны быть явления временности и практически полной самокомпенсации. То есть ресурсные возможности детей данной категории должны быть достаточными для того, чтобы к 9–11-летнему возрасту по всем или большинству показателей их психическое развитие сравнялось с развитием условно-нормативных сверстников.

В то же время практика работы с детьми, чье состояние в большинстве случаев классифицируется как «ЗПР» (в особенности если это ЗПР церебрально-органического генеза, по К.С. Лебединской), показала, что ожидаемой компенсации в большинстве случаев не происходит, а коррекционная работа оказывается малоэффективной.

Становится очевидным, что термин «задержка психического развития» не отражает заложенного в нем семантического смысла, поскольку состояние ребенка не нивелируется, не компенси-

руется ни к 11-летнему, ни к более позднему возрасту. Мы считаем, что основным в понимании **истинно** задержанного развития является увеличение темпа развития ребенка, который способен к 9–11-летнему возрасту **реально** догнать своих сверстников, что позволяет считать его развитие «условно нормативным». (При этом следует помнить, что квалификация «условно-нормативное развитие» достаточно жестко привязана к стандартной массовой образовательной программе и успешности ее выполнения.)

Таким образом, критерием выделения задержанного типа развития является равномерное и незначительное, достаточно гармоничное темповое отставание формирования всех психических функций от условно-нормативного.

В свою очередь, истинно задержанное развитие можно разделить на два варианта, каждый из которых отличается не только феноменологией, но и принципиально различными механизмами и структурой.

В группе «задержанного развития» нами выделяются:

- **равномерно (темпово) задержанное развитие** (*гармонический инфантилизм*);
- **неравномерно задержанное развитие** (*дисгармонический инфантилизм*).

Описание ребенка с **гармоническим инфантизмом** приводится во всех источниках, поэтому мы скажем только самое главное. При оценке **раннего развития** у детей обычно не выявляются какие-либо значимые отклонения в темпах, сроках или последовательности формирования психомоторной и речевой функций. По всем показателям, в том числе и интеллектуальным, он демонстрирует абсолютно условно нормативное развитие... только ребенка на 1–1,5 года младше. Само же «отставание» становится заметно обычно после 5,5–6 лет. В силу этого адаптация ребенка в образовательных условиях затруднена, а иногда и просто невозможна.

Специалистами обычно ставится диагноз «инфантилизм», «конституциональная задержка психического развития» (К.С. Лебединская), а диагнозы логопеда звучат как «функциональная дислалия», «неярко выраженное общее недоразвитие речи». Официальный медицинский диагноз может быть «специфические нарушения развития учебных навыков» (F81.x). Точно так же могут быть поставлены диагнозы, отражающие недостаточность сформированности к данному возрасту социо-эмоциональной сферы (F90.0); нарушение активности и внимания (F91). Но все эти диагнозы будут лишь

отражать ситуацию относительного несоответствия психоэмоционального состояния ребенка социально-психологическим требованиям, предъявляемым к данному паспортному возрасту.

**Операциональные характеристики** деятельности могут быть самыми разнообразными, как и в норме. Утомляемость и истощаемость существенно выше при работе с учебными заданиями, чем в игре. Темп деятельности зависит от таких особенностей, как уровень психического тонуса, а также от соматического состояния.

**Регуляция деятельности** крайне неустойчива и часто в большой степени зависит от мотивации, эмоционального комфорта и ситуационных переживаний ребенка.

Можно выделить недостаточность произвольного внимания — неумение сосредоточиться (производят впечатление очень забывчивых, хотя каких-либо реальных нарушений памяти нет).

Особенности **латеральных предпочтений** не специфичны: ребенок может быть как с правосторонним типом латерализации, так и с отдельными признаками левшества.

**Адекватность и критичность** такого ребенка в быту, в игре, во взаимодействии с родителями в целом соответствует актуальному психофизическому развитию. Но в ситуациях нетипичных, выходящих за рамки привычных бытовых, ребенок может легко «потеряться» или стать неадекватным тем социальным нормативам поведения, которые общество предъявляет к ребенку данного паспортного возраста.

**Обучаемость** в быту, в игре в целом нормативна, однако, когда дело касается овладения какими-либо учебными или «предучебными» навыками (в особенности у 6–7-летнего ребенка), возникают вполне определенные трудности: необходимость существенно большей внешней мотивации и организации, включение в деятельность игровых моментов, дробность и дозирование подачи материала и др. При соблюдении этих условий обучаемость ребенка будет вполне нормативной, но даже отсутствие какого-то одного из условий (например, внешней мотивации) негативно скажется на ходе обучения.

Развитие **познавательной деятельности** также темпово задержанно. Даже речь такого ребенка носит оттенок инфантильности, в ней часто присутствуют специфичные для более младшего возраста интонации и слова, кроме того, сама структура фразы характеризует речь как темпово задержанную. При этом не опосредованные регуляторной зрелостью функции: запоминание, внимание, образно-логическое мышление — могут быть в целом

нормативны, а их недостаточность будет следствием незрелости произвольной регуляции.

И **игра**, и **эмоционально-личностные особенности** гармоничны и соответствуют показателям ребенка более младшего возраста. Единственное отличие — эмоциональный тонус оказывается очень нестабильным.

Формирование **базовых составляющих психического развития** соответствует нормальному онтогенезу, не меняет своих пропорций, но просто происходит как бы медленнее. При этом и сами уровни развития базовых составляющих гармонично соотносятся друг с другом и в целом соответствуют общей программе психического развития ребенка. Понятно, что при таком понимании развития не приходится говорить о коррекционной работе в прямом смысле этого слова, но следует иметь в виду, что развивающая работа должна быть специфичной для того возраста, который демонстрирует ребенок (ритмика, танцы, изобразительная деятельность, участие в театрализованных представлениях, занятия физической культурой). При всех видах работ с ребенком необходим тщательный учет особенностей операциональных характеристик его деятельности и мотивации. При необходимости возможно параллельное подключение логопеда (как правило, для коррекции звукопроизнесения).

**Прогноз развития** следует оценивать как хороший, особенно в том случае, когда ребенок начинает регулярное обучение не в соответствии с паспортным возрастом, а по факту готовности. Если же особенности развития ребенка не учитываются и он начинает обучение в школе «по возрасту» — невозможность нормального усвоения материала и эмоциональная и поведенческая неадекватность условиям обучения могут способствовать формированию дисгармонических черт личности, нарушений поведения и школьной дезадаптации в целом (в том числе и образовательной). В дальнейшем при неблагоприятных средовых условиях возможна девиация развития в сторону одного из вариантов **дисгармонического развития**.

Вариант **неравномерно задержанного психического развития (дисгармонический инфантилизм)** характеризуется, в первую очередь, более высоким уровнем сформированности когнитивного компонента психической деятельности по сравнению с уровнем развития произвольной регуляции собственной деятельности, мотивационной и аффективно-эмоциональной сфер.

Именно этот вариант задержанного развития может быть соот-



несен с ЗПР соматогенного происхождения (по К.С. Лебединской)<sup>1</sup>. Официальные медицинские диагнозы будут связаны, прежде всего, с каким-либо соматическим состоянием ребенка. В отдельных случаях могут быть поставлены диагнозы: «расстройства поведения» (F91.x); «эмоциональные расстройства, специфичные для детского возраста» (F93.x), расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов (F94.x).

В целом, **раннее развитие** с точки зрения сроков и темпа психического развития ничем не отличается от средненормативного. Родители отмечают в раннем возрасте много проблем со здоровьем — простудные заболевания, аллергические реакции, проблемы с кишечником. Иногда к трем годам выявляется снижение остроты зрения. Отсюда понятны и элементы гиперопеки родителей: такому ребенку уделяется много внимания, ему обычно много читают, рано начинают развивать когнитивную сферу.

Появление соматических проблем часто совпадает с этапами социализации ребенка (детский сад, школа), возможна тяжелая адаптация к детскому саду, которая может осложниться невротическими реакциями или частыми простудными заболеваниями.

**Поведение** ребенка, как и в случае гармонического инфантилизма, имеет особенности, характерные для более младшего возраста: заражаемость, трудность отсрочки своих желаний, большая зависимость, внушаемость. В привычной обстановке поведение ребенка может выглядеть «взрослым». В отличие от похожих на него детей с *темпово задержанным развитием*, он любит обучающие занятия, часто предпочитает их играм. Поведение такого ребенка сильно зависит от физического самочувствия.

**Работоспособность и темп деятельности** значительно зависят от эмоционального состояния: они могут быть и высокими, но наличие соматических проблем снижает работоспособность ребенка, делает его эмоционально лабильным, часто с элементами демонстративности. Дети бывают капризны, упрямы.

Наличие большого количества **левосторонних предпочтений**, смешанная латерализация или леворукость встречаются чаще, чем в среднем по популяции, — этот признак можно считать спе-

---

<sup>1</sup> При этом соматические заболевания не должны оказывать значительного влияния на ЦНС — они будут достаточно легкими. При тяжелых хронических заболеваниях наблюдается значительное влияние их на ЦНС, и тогда эту категорию детей следует рассматривать как вариант **парциальной несформированности смешанного типа**.

цифичным для данного типа отклоняющегося развития, что может осложнить ход развития ребенка в целом.

Для этой категории детей характерна недостаточная зрелость как регуляторных, так и аффективно-эмоциональных механизмов деятельности. Часто это проявляется в импульсивности ребенка, трудностях опосредования своего поведения, недостаточной ориентации на принятые нормы и правила поведения или, наоборот, излишней скованности, неуверенности ребенка.

Ребенок является вполне **адекватным** в привычных для него условиях оценки взрослыми, но в измененных социальных условиях может стать недостаточно **критичным** к результатам своей деятельности, могут возникнуть протестные реакции, негативизм.

**Обучаемость**, особенно в условиях специально организованных занятий когнитивного плана (игра в шахматы, обучение чтению и пр.), может быть нормативной по возрасту, а в некоторых случаях даже превышать соответствующие возрастные показатели.

**Познавательная деятельность** развивается опережающе. Это усугубляет **дисгармоничность** развития в целом, еще более отодвигая на второй план формирование регуляторной и аффективно-эмоциональной сфер.

У детей этой группы встречаются выраженные экстрапунитивные черты личности — активность, настаивание на своем и др. Характерны также обидчивость, внушаемость, зависимость, тревожность, эмоциональная лабильность. В то же время дети часто предпочитают общаться со взрослыми или более старшими детьми. Взрослые объясняют такую особенность тем, что ребенку «неинтересно со сверстниками» в силу высокого уровня познавательного развития. Это часто приводит к тому, что реальные возможности, готовность ребенка к обучению оцениваются неправильно, и ребенок оказывается в образовательном учреждении «продвинутого» типа. Но бывает и наоборот, когда ребенок демонстрирует интропунитивные черты развития личности — с невысоким уровнем психической активности. Такие дети будут чаще застенчивы, зависимы, но могут быть капризны, упрямы в связи с определенной аффективной неустойчивостью. Они также не находят общего языка со сверстниками, поскольку слишком эмоциональны.

Очевидно, что имеется диспропорция в формировании **базовых составляющих психического развития**. Можно говорить об опережении формирования пространственно-временных представлений или их соответствии возрасту. Имеет свои

особенности и аффективная организация со «слабостью» 1-го и 2-го уровней и крайне неустойчивым 4-м уровнем. Такой вариант задержанного развития приближается к интропунитивному или экстрапунитивному типам дисгармоничного психического развития группы асинхронного развития (см. далее), но их принципиально отличает достаточно выраженная незрелость регуляторного компонента деятельности и эмоциональная незрелость.

**В развивающей и коррекционной работе** с этой категорией детей в первую очередь необходимо использовать программы по гармонизации уровневой системы аффективной регуляции (по О.С. Никольской). Это нужно как для детей с экстрапунитивными чертами и высоким уровнем психической активности, так и для детей с интропунитивными чертами. Помимо такой, скорее психотерапевтической помощи, действенной является программа по формированию произвольной регуляции (в своем развивающем варианте). Показана родительско-детская психотерапия, которая должна быть направлена на формирование адекватных представлений взрослых о собственном ребенке и его возможностях.

Безусловно, нецелесообразным следует считать помещение ребенка в «продвинутые» гимназии и лицеи до достижения им определенного уровня школьной зрелости.

**Прогноз развития** этой категории детей неоднозначен. В случае, когда родители понимают необходимость не торопиться с поступлением ребенка в школу, ребенка сопровождают специалисты и он «дозревает» в щадящей образовательной системе, — прогноз достаточно благоприятен. В ситуации, когда ребенок все-таки начинает обучение не по возрасту и не по своим когнитивным возможностям, можно предполагать неблагоприятный прогноз — девиацию в сторону *асинхронного дисгармоничного* развития с формированием различных вариантов интро- или экстрапунитивного типов реагирования, а при наличии соматических проблем — варианта интропунитивного дисгармонического развития по психосоматическому типу.

### **Дисгармоничное развитие (вариант асинхронного)**

В данной подгруппе можно выделить отдельные типы со специфическими для каждого из них поведенческими и аффективными проявлениями. Характер аффективного реагирования детей и стоящих за этим психологических механизмов положен

в основу выделения отличительных особенностей рассматриваемых типов. В этой лекции мы приведем два наиболее распространенных типа дисгармоний: **экстрапунитивный** и **интропунитивный**<sup>2</sup>.

При описании различных типов дисгармоничного развития следует учитывать, что до 6,5–7,5 лет можно говорить лишь о *тенденциях* формирования по дисгармоническому типу, поэтому приведенные ниже характеристики относятся прежде всего к младшим подросткам.

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

Наиболее **типичные диагнозы**: «формирование личности по истерическому типу», «характерологические и патохарактерологические реакции» — для детского возраста, «психопатия возбудимого типа», «характерологические и патохарактерологические реакции», «патологическое формирование личности», «истерический невроз», «вызывающее оппозиционное расстройство» — для подросткового возраста (F91.3) (по МКБ-10).

Особенности **раннего развития** практически полностью совпадают с аналогичными у детей с дисгармоническим инфантилизмом (неравномерно задержанный тип развития) — именно из этого типа развития чаще всего и происходит девиация в предпододростковом возрасте. В целом же раннее развитие мало чем отличается от средненормативного.

Но уже в раннем возрасте эти дети могут быть более демонстративны, более капризны, чем их сверстники. Привыкшие удовлетворять свои запросы и настаивать на их удовлетворении, они иногда становятся тиранами семьи, что вполне естественно для формирующегося впоследствии экстрапунитивного варианта дисгармонии.

---

<sup>2</sup> В данном случае имеется в виду терминология, предложенная в рамках теории фрустрации С. Розенцвейгом для выделения направленности реакций личности на окружение, внешнее препятствие (экстрапунитивная реакция) или на себя самого, с принятием вины и собственной ответственности (интропунитивная реакция).

Дети, как правило, достаточно **работоспособны**, при хорошей мотивации работоспособность может быть даже повышенной. Но пресыщаемы однотипной деятельностью, что часто и вызывает демонстративные, агрессивные и протестные реакции.

Среди детей этой категории чаще, чем в среднем по популяции, встречаются смешанные или преимущественно левосторонние **латеральные предпочтения**. Часто это является семейным признаком.

Уровень сформированности **произвольной регуляции** собственной деятельности соответствует возрастным показателям, а иногда даже развит выше, чем в среднем по возрасту. Но существуют варианты и недостаточной сформированности регуляторных функций, что сопровождается импульсивностью, непоследовательностью в демонстративных притязаниях и поведении в целом.

Такие дети могут быть совершенно **адекватными** в привычных ситуациях, но, когда есть повод «проявить себя», могут быть и демонстративно неадекватны. На фоне утомления «яркость» аффективных вспышек может стать несоизмеримой с причиной, их вызвавшей. **Критичность** к своему поведению часто бывает несколько сниженной, что и провоцирует у ребенка «справедливый гнев», поскольку он убежден, что в его поведении нет ничего предосудительного. Могут наблюдаться самые разнообразные варианты **обучаемости**: от средненормативной для данного возраста до высокой.

Общий уровень **познавательного развития** бывает достаточно высоким. Трудно выявить какие-либо четкие особенности сформированности отдельных высших психических функций. Речевая активность такого ребенка скорее будет высокой, иногда даже чрезмерной но, как правило, хорошо контролируемой.

Иногда возможны трудности в овладении школьными навыками (чтение, письмо, сложные счетные операции). В этих случаях можно говорить о сочетании неярко выраженной парциальной несформированности когнитивного компонента деятельности и экстрапунитивного типа аффективного реагирования.

В дошкольном возрасте **игра** развернутая, драматизированная, с бурным фантазированием. Как правило, в игре, а в более старшем возрасте и в других взаимодействиях со сверстниками, эти дети стремятся занять ведущую позицию. У них наблюдаются высокие притязания на успех, как правило, завышенная самооценка. Они чрезвычайно требовательны к окружающим (по типу «маленького монстра» в семье), могут сознательно демонстрировать поведенческие реакции, характерные для более младшего

возраста, или, наоборот, требовать признания себя как лидера, даже не имея на то фактических оснований. Часто они бывают раздражительными, легко могут переходить от дисфории к эйфории (эмоциональная лабильность). На этом фоне при неблагоприятных социальных условиях вероятно возникновение асоциальных форм поведения.

Наибольшую специфику можно наблюдать при анализе **аффективной организации** поведения. Обращает на себя внимание гиперфункция по крайней мере 3-го уровня при своеобразии функционирования 4-го уровня аффективной регуляции. Это выражается, с одной стороны, в том, что такие дети хорошо ориентируются в проявлениях эмоционального состояния других людей по отношению к себе, а с другой — в отсутствии собственно эмоционального контроля и эмпатии по отношению к другим людям. При этом достаточно развит 1-й уровень и можно говорить о невыраженной гиперфункции 2-го уровня. Последнее проявляется в отсутствии потребности в постоянстве окружения, в поиске все новых социальных условий и «объектов» приложения своих эмоциональных экспансий.

В плане **специальной психологической** помощи таким детям в первую очередь следует отметить необходимость психокоррекционной (психотерапевтической) работы с целью гармонизации аффективной сферы (в данном случае можно говорить о предпочтении более директивных психотерапевтических техник, включая и такой вариант, как символдрама по К. Лернеру), телесно-ориентированной практики, семейной психотерапии. В тяжелых случаях дисгармоничного развития этого типа необходимо привлечение врача-психиатра с целью медикаментозной поддержки.

В случае адекватно подобранной коррекции, возможности «легализации» демонстративности ребенка в социально приемлемых формах и успешной работы с его ближайшим окружением (в том числе и с педагогами) прогноз развития достаточно благоприятен. При неблагоприятном стечении обстоятельств и неадекватной социальной ситуации вполне возможны варианты самых разнообразных асоциальных форм поведения, вплоть до делинквентных.

**Интропунитивный тип дисгармоничного развития** характеризуется противоположными формами аффективного реагирования ребенка в различных жизненных, в том числе и стрессогенных, ситуациях.

Помимо высокой тревожности, неуверенности в своих силах, часто встречаются навязчивости, элементы ритуального характере-

ра, инертность. Особенно отчетливо это проявляется в том случае, когда происходит девиация из неравномерно задержанного типа развития ребенка с соматической ослабленностью или хроническим заболеванием.

Типичными **диагнозами** являются: для детей младшего возраста — «формирование личности по тормозимому типу», «невротическое развитие личности», «расстройства привычек и влечений детского возраста»; «астено-невротический синдром», для подростков — «невроз навязчивых состояний», «психопатия тормозимого типа», различные варианты психосоматического развития, «расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов» (F94), «смешанные расстройства поведения и эмоций» (F92) «эмоциональные расстройства, специфичные для детского возраста» (F93), «другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F98) (по МКБ-10).

В картине **раннего развития** можно заметить много общего с развитием детей с гармоническим и дисгармоническим инфантилизмом. Такие дети чаще болеют, в том числе дисбактериозом, чаще встречаются аллергические проявления и т.п..

При оценке **поведения** обращает на себя внимание невысокий фон настроения и часто сниженные показатели общей психической активности. Дети, как правило, робкие и неуверенные в себе, тревожные, часто мнительные. Даже внешне они нередко выделяются сутулостью, моторной и эмоциональной зажатостью. Подростки как бы стесняются себя, прячут свое тело под бесформенной длинноватой одеждой. Речевая активность, как правило, невысокая; с трудом вступая в контакт, ищут взглядом поддержки, одобрения со стороны близких.

**Работоспособность** часто оказывается ниже возрастных показателей за счет соматической ослабленности, недостаточности уровня психической активности в целом. Деятельность часто замедленна из-за неуверенности в себе, частых перепроверок. Хотя на фоне благоприятных эмоциональных условий работоспособность и темп деятельности могут быть высокими.

Чаще, чем в среднем по популяции, встречаются преобладание левосторонних или признаки неустоявшихся **латеральных предпочтений**, варианты «семейного левшества».

В большинстве случаев не отмечается снижение **адекватности** в ситуации, в которой находится ребенок.

Совершенно естественно, что при данном типе дисгармоничного развития можно говорить о **сверхкритичности** к результатам своей деятельности. Такой ребенок часто просчитывает свои действия на много ходов вперед. Но подобная сверхкритичность иногда может привести к полной невозможности выполнить задание.

В целом **обучаемость** у детей этой категории вполне достаточная, но свою негативную роль в процессе обучения играет общий сниженный фон психической активности. Этот фактор сказывается на темпе и времени, необходимых для овладения новым материалом. На контрольных работах, экзаменах, при проверке у доски, других эмоционально значимых ситуациях обучаемость может резко снизиться.

Показатели **когнитивного развития** в целом соответствуют возрасту, однако продуктивность познавательной деятельности у одного и того же ребенка может значительно различаться в зависимости от ситуации, в которой предъявляются задания, и стиля общения взрослого, эмоционального состояния и общего уровня психической активности ребенка. Самостоятельная **игра** может быть очень творческой, развернутой, полностью соответствовать возрастным параметрам и даже превышать их. Но при совместной игре с другими детьми такой ребенок часто теряется, становится неуверенным, не может настоять на своем. Иногда игры могут быть стереотипными, с жесткой фиксацией тем, с повторяющимися действиями.

Именно показатели **эмоционально-личностного развития** являются максимально специфичными для этой категории детей. Основной тенденцией развития можно считать наличие тревожности, неуверенности в собственных силах и своей позиции, невозможность принятия решений, выбора. Отмечается низкая помехоустойчивость: в стрессогенных ситуациях многие дети не могут действовать вообще. Часто проявляются различные страхи и опасения — чрезмерная мнительность, «зацикленность» на имеющихся или возможных болезнях. В подростковом возрасте (в особенности у девочек) возможны **элементы** дисморфофобических переживаний, варианты непринятия своей телесности.

Если **произвольная регуляция** поведения, функции программирования и контроля собственной деятельности, рефлексии достаточно высоки, то регуляция межличностных взаимодействий недостаточна, что и проявляется в наличии коммуникативных проблем.



Сформированность **пространственных представлений** в целом соответствует возрастным показателям, а квазипространственные (лингвистические) представления могут быть развиты достаточно высоко.

Что касается **аффективной организации**, то можно говорить о недостаточной аффективной тонизации уже начиная со 2-го уровня аффективной регуляции и, как следствие, гипофункции 3-го и 4-го уровней. Понятно, что для таких детей сама мысль о необходимости «преодоления» страшна, но в ситуации коллективного поведения они в состоянии переломить себя и за счет собственного аффективного истощения реализовать требуемое. В этом случае необходимая аффективная тонизация может компенсаторно проявиться в нарастании защитных механизмов 2-го уровня аффективной регуляции, что выразится в виде формирующихся навязчивостей, ритуалов, стереотипных форм эмоционального реагирования.

Компенсаторно подобная недостаточность аффективного тонуса может выражаться также и в фантазиях на тему успеха, преодоления. В этом случае следует понимать, что интропунитивные черты ребенка компенсаторно могут проявлять себя в виде неких «экстрапунитивноподобных» форм.

Специфичной **помощью**, помимо гармонизации системы аффективной регуляции, о которой упоминалось ранее, следует считать кататимно-имагинативную психотерапию по К. Лернеру, а также другие виды психотерапевтической работы, направленные на создание ситуации успеха и принятия в широком смысле слова. Не менее важной является и психокоррекционная работа с родителями и ближайшим окружением ребенка. Необходимо тщательно подходить к специализации обучения на уровне среднего звена школы, при профориентации и выборе профессии.

При выраженных проблемах, нарушающих социальную адаптацию, к сопровождению ребенка должен подключиться психиатр.

**Прогноз развития** тем менее благоприятен, чем больше расхождение между требованиями, предъявляемыми к ребенку со стороны социально-образовательной среды, и возможностями ребенка. Даже ситуация абсолютного успеха и поощрения иногда не в состоянии обеспечить полностью благоприятное развитие. Тщательным образом подобранные врачом медикаментозные средства могут в определенной степени способствовать социальной адаптации.

### Рекомендуемая литература

Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К.С. Лебединской. — М., 1982.

*Дробинская А.О.* Школьные трудности «нестандартных» детей. — М.: Школа-Пресс, 1999 (Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». Вып. 1).

*Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995.

*Леонгард К.* Акцентуированные личности. — Ростов Н/Д: Феникс, 2000.

*Никольская О.С.* Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. — М.: Центр лечебной педагогики, 2000.

*Обухов Л.Я.* Символдрама: кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков. — М.: Владос, 1998.

*Семаго Н.Я., Семаго М.М.* Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. — М.: АРКТИ, 2000 (Библиотека психолога-практика).

*Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. II. — М.: Медицина, 1959.

*В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. — М.: Изд. МГУ, 1990.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. В чем принципиальные различия между детьми с задержанным развитием и с различными вариантами парциальной несформированности компонентов психической деятельности?

2. Какими основными факторами определяется прогноз развития детей с дисгармоническим инфантилизмом?

3. В чем специфика отношений в семье ребенка с экстрапунитивными и интропунитивными типами развития?

4. Проведите анализ известных вам литературных героев с точки зрения их экстра- или интропунитивных черт личности.

## Лекция 6

# Особенности механизмов формирования различных вариантов искаженного развития

### *Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра*

Если при дисгармоничном развитии мы говорим о специфике формирования аффективной организации по типу дисфункции при сохранности общей ее структуры и всех уровней, то при искаженном развитии наблюдается повреждение механизмов аффективной организации, диспропорциональность и нарушения (искажения) законов формирования всех базовых составляющих. «Верхние» уровни уже не включают в себя сформированные «нижние» (которые и являются дефицитарными), а функционируют изолированно. Подобная ситуация становится характерной для всех трех базовых составляющих, то есть для механизма психического развития в целом. Подобное **искажение** наиболее общих законов развития и дало наименование данной подгруппе асинхронного развития.

### **Варианты искаженного психического развития**

С известной долей условности можно выделить по крайней мере три типа искаженного развития:

- искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы;
- искажение преимущественно когнитивной сферы;
- мозаичные (смешанные) типы искаженного развития.

В лекции описаны «идеальные» варианты каждого из типов. В реальности каждый из описываемых типологических вариантов имеет множество различных особенностей, которые приводят к значительным трудностям отнесения развития ребенка к тому или иному типу. Наверное, поэтому в настоящее время все больше используется обобщенное для всех групп (и достаточно широкое) наименование состояния детей как **расстройства аутистического спектра**.

### **Искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы**

В основе лежит «тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порогов

аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояния тревоги, страха перед окружающим... стремление стереотипизировать и упрощать эти контакты»<sup>1</sup>. Следует сразу сказать, что именно этот вариант расстройств в литературе имеет название *ранний детский аутизм* (РДА).

По классификации О.С. Никольской, все разнообразие детей с РДА может быть условно отнесено к четырем группам (по характерной структуре всей системы аффективной организации поведения и сознания). В данной лекции мы дадим обобщенную характеристику детей 3-й и 4-й групп РДА (как наиболее часто встречающихся в работе психолога современного образования).

Спецификой **раннего развития** является отсутствие у таких детей хотя бы короткого периода нормативного развития. Это является одним из основных дифференциально-диагностических критериев разграничения разных типов подгруппы. Даже когда ребенок выглядит здоровым, специалист уже в раннем возрасте может увидеть его «особость», признаки искажения развития. Здесь и неправильность реакций на силу внешнего раздражителя (гипо- или гиперестезия), сверхпассивность, неотзывчивость или, наоборот, гипервозбудимость, склонность к паническим реакциям даже на слабые воздействия. Такой ребенок производит впечатление спокойного, «удобного» для родителей, которые отмечают «идеальность» его поведения в раннем возрасте.

Почти у всех детей становление речи проходит через период эхоталий, встречаются нарушения звукопроизношения, темпа, плавности, стереотипность речи, склонность к словотворчеству и неологизмам. Нарушение коммуникативной стороны речи как одна из основных проблем проявляет себя в эгоцентричности, ненаправленности на взаимодействие, в недостаточной связи с ситуацией, в позднем появлении личных местоимений.

Специалистами отмечается неоднозначность **феноменологической картины**. Так, для детей **4-й группы** характерна чрезвычайная тормозимость, пугливость, особенно в контактах, ощущение несостоятельности, необходимость постоянной поддержки со стороны взрослого. Все это в значительной степени усугубляет дезадаптацию в целом. В жалобах родителей звучат не трудности коммуникации, а проблемы задержки развития. При этом существенным является то, что дети этой группы, несмотря на аутистиче-

---

<sup>1</sup> Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. В.В. Лебединский, О.С. Никольская и др. – М.: МГУ, 1990. С. 66.

скую «болезненность» контактов с окружающими, пытаются строить правильные формы поведения в обществе. Все это происходит на фоне трудностей эмоционального гнозиса (восприятия и эмоциональной оценки выражения лица), «считывания ситуации» в целом.

У детей **3-й группы** РДА феноменологическая картина совершенно иная, что порой ошибочно производит более благоприятное впечатление. Именно у детей этой группы РДА часто обнаруживают варианты парциальной акселерации. Их родители жалуются уже на трудности во взаимодействии, конфликтность ребенка.

В МКБ-10 РДА рассматривается в рамках группы «общие расстройства психологического развития» (F84). Детям могут быть поставлены диагнозы: «детский аутизм» — (F84.0, F84.01, F84.02), «атипичный аутизм» (F84.1). У детей **4-й группы** учитель-логопед часто констатирует общее недоразвитие речи. А детям **3-й группы** ставится диагноз «синдром Аспергера» (F84.5) — «шизоидная психопатия».

**Типичные особенности раннего развития.** У детей **4-й группы** чаще, чем в среднем по популяции, отмечается снижение мышечного тонуса, психического тонуса в целом. Такие дети рано выделяют мать. Нормативный страх чужого лица возникает своевременно (в возрасте 7–8 месяцев), а иногда и раньше, но выражен чрезвычайно интенсивно. Отмечается повышенная чувствительность (гиперестезия) к световым, тактильным, звуковым и другим раздражителям. Такой ребенок сверхзависим от близких и даже в речи, в поведении долго может сохранять мамин «слепок» речи и поведения (например, говорит: «Дима пошла»).

Наряду с ласковостью и беспокойством, легкой тормозимостью, уже на первом году жизни дети демонстрируют и упрямство, выраженный консерватизм, стереотипные элементы поведения. Отсюда невозможность полноценно организовать деятельность ребенка, его отказ от взаимодействия. Речевое развитие таких детей, как правило, задержанное, часто приводит к ошибочной квалификации их проблем как «логопедических».

Специфичным для раннего развития детей **3-й группы РДА** является снижение порогов восприятия, так называемая «сенсорная ранимость». В первые месяцы жизни наблюдается беспокойство, напряженность, что может сочетаться с отсутствием чувства «опасности края», бесстрашием. При этом нормативный страх чужого лица порою не возникает вообще, хотя ребенок рано выделяет близких. Именно у родителей таких детей возникают опасения относительно эмоциональной адекватности.

Такой ребенок и в речевом отношении может опережать сверстников: первые слова появляются иногда в 8 месяцев, быстро растет словарь, фраза может быть правильной и сложной, но не несет в себе коммуникативности. Несмотря на «развитую» речь, поговорить с ребенком невозможно, речь эхололична и стереотипна, повторяются куски слов, фраз. Уже в возрасте до 3 лет у ребенка могут появиться монологи на аффективно значимые темы, использование штампов и цитат.

**Внешний вид, специфика поведения.** Дети обеих групп отличаются достаточно выраженной внешней привлекательностью, правильностью черт лица. У ряда детей наблюдается грацильность и «утонченность».

Дети **4-й группы** выглядят скованными, неловкими и угловатыми. В поведении бросается в глаза отрешенность ребенка, отсутствие (или чрезвычайно кратковременность) контакта «глаза в глаза», чрезмерная зависимость от матери и привязанность к ней. В сложных, незнакомых ситуациях возникают двигательные стереотипии (рук, головы и плечевого пояса), речевые стереотипии.

Дети **3-й группы РДА** демонстрируют псевдообращенность к собеседнику, выражение постоянного энтузиазма на лице, утрированное оживление, которое может оцениваться как высокое интеллектуальное развитие (за счет оригинальных интересов), большой запас слов. Но речь в то же время специфична: оторвана от ситуации, мало модулированная, иногда скандированная. При этом взрослый, по сути дела, выступает не как субъект общения, а лишь как «реципиент» речевой продукции ребенка.

Отмечается моторная неловкость, недостаточность координации движений. Всегда поражает несоответствие бытовой неприспособленности, несформированности простых навыков самообслуживания достаточно высокому уровню речи. Этим детям свойственны скорее речевые, чем моторные стереотипии.

**Темповые характеристики деятельности, работоспособность.** Дети **4-й группы** медленные, застревающие, быстро утомляемые, отвечают с большой латенцией. Для них характерна общая вялость, которая порой сменяется перевозбуждением. Работают тщательно, боясь что-либо сделать неправильно. Темп деятельности пропорционален зависимости от взрослого, боязни ошибиться. Работоспособность может быть снижена.

Дети **3-й группы**, наоборот, оживлены, многословны, громки. Создается ощущение их активности, хотя и продуктивность, и

темп, и работоспособность чаще всего не соответствуют возрасту. Активны и неутомимы эти дети в сфере своих стереотипных интересов.

В обеих группах чаще, чем в среднем по популяции, отмечаются как чисто левосторонние, так и смешанные **латеральные предпочтения**.

Если говорить о возможности следования инструкции или выполнения последовательности определенных мыслительных операций, то у детей **4-й группы** РДА регуляция этой деятельности достаточно сформирована, но они фактически не могут регулировать себя двигателью. Это характеризует специфичность искажения в самой системе формирования **произвольной регуляции деятельности**. Дети **3-й группы** не в состоянии регулировать свое поведение, речь в соответствии с требованиями окружающей обстановки, ситуации. Но в рамках своих стереотипных переживаний, поведенческих ритуалов программа деятельности может удерживаться, хотя и не гибко. Регуляция своих движений, крупная и мелкая моторика также сформированы недостаточно.

В целом дети **4-й группы** демонстрируют **адекватность** по отношению к предлагаемым заданиям, хотя тревожны и не уверены в своих силах, требуют постоянной поддержки близких. Но собственнно в общении, оценке ситуаций, юмористического или переносного подтекста, эмоционального состояния окружающих оказываются выражено неадекватными. Отсюда и неадекватность в ситуации взаимодействия с детьми и взрослыми.

**Адекватность** детей **3-й группы** еще более низкая, даже в процессе доброжелательного взаимодействия. И речь, и соответствующая деятельность оторваны от ситуации взаимодействия, и его темы не ориентированы на собеседника.

Детям **4-й группы** свойственна чрезмерная **критичность**, особенно по отношению к собственным результатам, порой, как и дети с тотальным недоразвитием, они ориентируются больше на оценку взрослого, чем на результат. Эти дети выглядят социально «наивными».

Критичность детей **3-й группы** в значительной степени снижена. Их вообще мало интересует результативность деятельности, особенно если они захвачены самим процессом выполнения. Хотя они и оказываются успешными в выполнении большинства интеллектуальных заданий, ошибок своих не замечают и могут убежденно отстаивать свое решение.

**Обучаемость** детей **4-й группы** может быть достаточной, когда педагог понимает особенности ребенка и, зная о трудностях восприятия им фронтальной инструкции, индивидуализирует обучение. Трудности «взятия» материала определяются инертностью деятельности, непониманием условностей, метафоризации, свойственной нашей культуре. Дети **3-й группы**, легко обучаясь, например, сложным вычислениям, чтению сложных текстов, с трудом овладевают элементарными навыками самообслуживания, например завязыванием шнурков. И у этих детей трудности обучения связаны с проблемами понимания условностей, подтекстов и метафоризации.

Главным в анализе **познавательной деятельности** детей **4-й группы** является часто возникающее ощущение, что они просто не понимают инструкции и требуется ее повторение. При этом невербальные задания могут выполняться достаточно хорошо. Это зачастую является причиной диагностической ошибки и оценки состояния ребенка как традиционной ЗПР (или ОНР).

Налицо проблемы речевого развития: речь бедна, грамматична, иногда с нарушениями звукопроизношения. Наблюдаются трудности работы с вербальным материалом, а также трудности интерполяции и предвосхищения, недоступность понимания скрытого смысла и подтекстов рассказов, пословиц и поговорок. Возможности детей обычно связаны с невербальной сферой (музыкой, конструированием).

У детей **3-й группы** своеобразие познавательной деятельности выражается, в первую очередь, в речи. Она изобилует книжными цитатами, сложными, редко употребляющимися словами. Наблюдаются легкие проявления искажения мыслительной деятельности. Она не направлена на освоение нового и не развивается. Ребенок может понять закономерности и причины того или иного, но не соотносит все это с действительностью. Результативность выполнения невербальных заданий может быть довольно высокой. В то же время у ребенка может быть хорошая слухоречевая память.

**Игра** детей **4-й группы** часто носит стереотипный, монотонный характер. В дошкольном возрасте фактически невозможна игра со сверстниками, но есть «игра рядом». Нельзя говорить и об отсутствии потребности в совместной игре. Дети робки, часто формально следуют правилам, с трудом учитывают эмоциональные и сюжетные связи, чем раздражают сверстников, что усиливает их неуверенность и уязвимость.



Игра детей **3-й группы** скорее стереотипна. Нередко встречается одержимость игрой, которую очень трудно прервать. При этом (особенно в раннем возрасте) предпочтение отдается неигровым предметам, затруднено игровое замещение предметов. Иногда возможны длительные навязчивые и некритичные игровые перевоплощения (в основном в животных).

Именно **эмоционально-личностная сфера** оказывается максимально затронутой при этом типе искаженного развития. На первый план у детей обеих групп выступает невозможность организовать полноценную и адекватную коммуникацию с окружающими (порой одинаково трудно как с детьми, так и со взрослыми). Эмоциональная сфера незрела и инфантильна. Специфично непонимание юмора и шуток, метафоричности выражений. Значительные трудности имеются в понимании эмоций и чувств окружающих людей.

У детей **4-й группы** отмечается повышенная ранимость, тревожность, скрытая за внешней отрешенностью. Специфично наличие страхов (например, громкого голоса, внезапного, пусть даже негромкого звука). Почти всегда наблюдается сверхзависимость от близких. Дети очень привязываются к специалистам, с которыми занимаются, глубоко переживают прекращение занятий, страдают от этой разлуки, реже — проявляют свою обиду: обходят стороной и т.п., но делают это неловко и наивно. Основной радикал — невозможность «считывания ситуации» при наличии потребности в общении.

Дети **3-й группы**, наоборот, выглядят эмоционально «стеничными» и энергичными. На самом деле и они крайне уязвимы, подвержены страхам, только их тревога проявляется в «активных» формах. Ребенок, по образному выражению специалистов, многоречивостью, «зацикленностью» на отдельных темах «...не заглушает неприятные и пугающие его впечатления, а, наоборот, как бы взбадривает себя ими» (Аутичный ребенок, 1997, с. 61). Такой ребенок по-своему сильно привязан к близким, хотя в быту именно с близкими у него складываются непростые, часто «провокационные» отношения. Спецификой такого ребенка является, как правило, наличие страшных, неприятных и нередко асоциальных интересов и фантазий, как бы «заряжающих» его негативной энергией.

Основной радикал всей **системы базовых составляющих** — искажение иерархии. Сложное научное понятие осваивается, но ребенок затрудняется в элементарной регуляции движений, в

самообслуживании. Невозможна регуляция собственной эмоциональности и межличностных отношений. Это свидетельствует о своего рода патологической «мозаичности» произвольной регуляции деятельности.

Точно так же искажены и **пространственные представления**: успешность освоения сложных речевых конструкций и научных понятий (у детей **3-й группы**) часто сочетается с грубой недостаточностью соматогнозиса и схемы собственного тела. То есть и в этом случае мы видим искажение в формировании этой базовой составляющей психического развития. Одновременно полностью «искажено» межличностное пространство ребенка.

Система **аффективной организации** детей **4-й группы** описывается как наименее тяжелый вариант повреждения развития эмоциональной сферы, когда дефицитарность четвертого уровня нарушает формирование аффективно тонизирующих приемов низших уровней, еще более затрудняя формы самостоятельной адаптации. В то же время у детей, относимых к **3-й группе** РДА, адаптацию к окружающему миру начинает определять дефицитарный третий уровень. «Полломка» системы на этом уровне не позволяет иерархически более сложному четвертому уровню формировать свои механизмы адаптации к миру.

Наиболее адекватной работой психолога в данном случае считается уровневый подход к коррекции эмоциональных нарушений, детально разработанный школой К.С. Лебединской — О.С. Никольской. Также возможна работа, основанная на бихевиоральном подходе, — поведенческая терапия. Не исключены и такие техники, как иппотерапия, общение с дельфинами и др. Нужно только помнить, что любые дополнительные виды поддержки ребенка с РДА не являются самодостаточными и могут лишь разумно дополнить основное направление коррекционной работы.

При необходимости возможно подключение медикаментозной терапии, которую может назначить и проводить исключительно врач-психиатр. Важно, чтобы все специалисты одинаково понимали сущность проблем такого ребенка и эффективно взаимодействовали между собой.

**Прогноз дальнейшего развития** таких детей представляется нам чрезвычайно сложным. Он зависит не столько от объективных, сколько от собственных возможностей ребенка. Огромную роль играет своевременное лечение, в том числе и дополнитель-

ные средства (гомеопатия, пищевые добавки, диетотерапия). При благоприятных обстоятельствах ребенок может закончить общеобразовательную школу и даже вуз. Но при этом специфика его аффективно-эмоциональной сферы все время будет предъявлять огромные требования к сопровождению такого человека на протяжении всей его жизни.

### **Искажение преимущественно когнитивной сферы**

Под таким искажением следует понимать наличие процессуального, «текущего» заболевания, определяемого медиками как «детская шизофрения». В данной ситуации мы вынуждены оперировать психиатрической терминологией и понятиями, знание которых психологом образования не дает ему права употреблять их в повседневной деятельности с самими детьми, с их родителями или коллегами-педагогами.

В лекции мы приводим описание наиболее типичного развития таких детей в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте. Описание специфики всех проявлений приводится в ситуации, когда данный вариант искаженного развития обладает минимальным нарастанием дефекта. Хотя при таком подходе описание их состояния создает картину «статичности».

Специфическим признаком, отличающим данный вариант искажения от искажения развития преимущественно аффективно-эмоциональной сферы, является период нормативного (часто даже опережающего) речевого и собственно когнитивного развития. Как мы отмечали, при различных вариантах РДА период нормативного развития (по крайней мере до 2,5–3 лет) отсутствует.

Довольно часто при таком варианте развития существует как бы «спусковой механизм», момент начала, от которого родители и отсчитывают начало изменений в ребенке. Это могут быть любые события (испуг, укус собаки, инфекционное заболевание, прививка, помещение в детский сад и пр.). В ряде случаев подобные изменения могут нарастать постепенно, без каких-либо внешних воздействий. Ребенок начинает терять познавательные интересы, снижается продуктивность интеллектуальной деятельности, часто «уходит» речь, ребенок становится беспричинно вялым или возбужденным. Отмечается потеря эмоциональной живости и интереса к окружающему. До того разговорчивый, ребенок становится молчаливым, меняется интонационная окраска речи, появляется неравномерность и неадекватность по высоте или темпу высказываний.

Могут возникнуть необъяснимые страхи, с бурной эмоциональной реакцией на самые обыкновенные события или явления — шум дождя за окном, звуки урчащей водопроводной трубы. Поведение ребенка становится странным.

Начало проявлений — как в 6–8 лет, так и позже — в 10–13 лет. К сожалению, на начальных стадиях заболевания родители редко обращаются к специалистам, хотя врач-психиатр здесь более других необходим.

Уже в раннем возрасте обнаруживается диссоциация между ускоренным интеллектуальным развитием и созреванием моторики. Речевое развитие раннее — фразовая речь с не по-детски богатым запасом слов может быть сформирована уже к 1,5–2 годам. Ребенок рано и очень легко научается читать, считать. Сфера его интересов намного «опережает» возрастные. В то же время в движениях часто нет детской грациозности, дети чрезмерно «остры», порывисты, плохо координированы. Они позже, чем другие, овладевают даже элементарными навыками самообслуживания.

В **поведении** часто наблюдаются стереотипные движения разной степени выраженности, в грубых случаях возможно застывание в отдельных позах, их вычурность. Речь развернута, но с вычурными, штампованными оборотами, резонерством, пустым философствованием. Голос специфично модулирован, но лицо может быть амимичным, выражать испуг, или, наоборот, может появиться «горящий» взгляд. Ребенок может быть «зациклен» на своих интересах даже при общении со специалистом. В отдельных случаях на полном серьезе может считать себя чем-то или кем-то иным (например, животным).

**Операциональные характеристики деятельности** чаще бывают замедленными, но темп деятельности часто неравномерен — ребенок может молниеносно выполнить интересное для него задание и работать не пресыщаясь и не отрываясь. А в другой раз полностью потерять интерес и отказаться от выполнения. Помимо темпа, часто снижается и продуктивность психической деятельности. Формально нарушений работоспособности может и не быть, но и она сильно зависит от того, насколько ребенок «заразился» данной деятельностью.

Многими авторами отмечается, что достоверно чаще у таких детей отмечаются как чисто левосторонние предпочтения (истинное левшество), так и смешанные латеральные предпочтения, что свидетельствует об определенной специфике становления функциональной асимметрии.

На всех уровнях **регуляции собственной деятельности** отмечается явная диссоциация между возможностью целенаправленной деятельности и деятельностью «внутри» присущего ребенку поведенческого стереотипа. Последний значительно повышает уровень регуляции.

Иногда дети могут быть достаточно адекватны (например, выражая неуверенность и опасение в незнакомой ситуации), но в основном они неадекватны и в эмоциональном реагировании, и в поведении, и во взаимодействии. Точно так же почти всегда снижена **критичность** к своим аффективно заряженным переживаниям, сверхценным интересам.

При этом **обучаемость** достаточно высокая даже вне сферы особых интересов ребенка.

В первую очередь, отмечается нарушение динамики **мыслительной деятельности**, опора на латентные признаки. В школьном возрасте уже могут быть элементы разноплановости мышления, паралогизмы. Возможны эхоталии. При хорошей результативности выполнения заданий конструктивного (схематизированного) плана дети затрудняются в выполнении заданий, требующих выявления конкретных взаимосвязей между предметами или явлениями. В подростковом возрасте могут появиться сверхценные образования интеллектуального плана, философская «интоксикация». Речь взрослая со сложными оборотами, склонностью к резонерству или «мудрствованию». Отмечается специфика графической деятельности: дети предпочитают рисовать схемы, карты, топографические планы. Рисунок стереотипен и эмоционально выхолощен. Все это тем больше выражено, чем сильнее прогрессирует болезнь.

Но при благоприятном течении заболевания у значительной части детей интеллектуальное развитие можно оценить как высокое и креативное, что в ряде случаев оценивается даже как парциальная одаренность.

В дошкольном возрасте дети **играют** преимущественно в одиночестве, предпочитая неигровые объекты, часто игры имеют ритуальный характер. В игре отражаются «зоны» страхов и сверхценных интересов, влечений. Нередко дети предпочитают псевдоинтеллектуальные занятия (рисование схем, планов внутренних строений и т.п.), и эти изображения также отражают зоны интересов или переживаний.

Именно последнее является особенностью развития аффективно-эмоциональной сферы. От них ребенку трудно «отлепиться» Такими «зонами» могут стать насекомые или динозавры, микробы

или сложные технические схемы. В эмоциональной сфере достаточно рано обращает на себя внимание эмоциональная выхолощенность, снижение яркости аффекта, наличие вычурных страхов, подавленность настроения. Близкие отмечают эмоциональную холодность к ним и в то же время привязанность к малознакомым людям или даже предметам.

При анализе структуры **базовых составляющих психического развития** можно говорить об общей дисгармонии и искажении формирования структуры каждой из составляющей.

Так, **произвольность регуляции** психических процессов сформирована значительно лучше, чем произвольные движения. Сфера собственной «телесности» в целом оказывается дефицитарной. Регуляция речемыслительной деятельности трудна из-за невозможности «отлепиться» от сверхценностей. При этом планирующая и контролирующая функции до определенного этапа могут быть развиты достаточно хорошо.

При отсутствии адекватной помощи ребенку (в первую очередь медикаментозной) постепенно снижается и продуктивность деятельности, и возможность ее планирования и контроля, что отражает элиминацию и этих уровней произвольной регуляции. Фактически недоступной ребенку оказывается регуляция межличностных отношений.

Аналогичный дисбаланс наблюдается и в сформированности **пространственно-временных представлений**. Несмотря на несформированность схемы тела (иногда грубо выраженную) и элементарного анализа физического пространства ребенок может самостоятельно изображать сложнейшие схемы, адекватно использовать усложненные речевые обороты и яркие образные выражения, то есть уровень квазипространственных (лингвистических) представлений оказывается высоким. С увеличением длительности заболевания он начинает регрессировать.

Искажение системы **аффективной организации** проявляется в сдвиге пропорций всех ее уровней. Мы можем наблюдать самые разнообразные «профили» гипо- или гиперфункции уровней, их «сочетанную» деятельность и рассогласованность. При большом стаже заболевания можно увидеть не просто дефицитарность, но и поломку всей системы аффективной организации, что в значительной степени сближает этот тип искаженного развития с преимущественным искажением аффективно-эмоциональной сферы.

Поскольку дети с этим типом искаженного развития в первую очередь нуждаются в наблюдении и лечении у врача-психиатра, вопрос о возможности подключения любой психологической (психотерапевтической) коррекционной работы должен решаться только по согласованию с лечащим врачом.

В благоприятные периоды возможна коррекция по типу гармонизации аффективной регуляции деятельности. В ряде случаев психологическая помощь сводится к организации адекватных форм обучения. Так, индивидуальное обучение с элементами интеграции в среду сверстников может стать частью коррекционной программы.

**Прогноз развития** и социальной адаптации целиком и полностью зависит от формы и тяжести заболевания и определяется врачом-психиатром, что выходит за пределы компетенции психолога.

### **Мозаичные варианты искаженного развития**

Такие варианты вплоть до младшего подросткового возраста крайне затруднительно оценить: тип ли это *преимущественного искажения эмоционально-аффективного развития* или *преимущественного искажения когнитивного развития*. Этому варианту свойственны черты как первого, так и второго типа.

В периоды обострения заболевания (как правило, осенью и весной) возможен значительный «откат» и в общей динамике развития, и в способах взаимодействия с миром, и в целом в приобретенных социальных навыках.

В этом случае также детский психиатр определяет весь спектр помощи ребенку. С точки зрения психологической помощи характер коррекционной работы аналогичен вышеописанным.

**Прогноз**, как и в предыдущем случае, в огромной степени зависит в первую очередь от формы и тяжести заболевания. Большое значение для прогноза социальной адаптации имеет не только своевременное начало лечения ребенка, но и как можно более раннее подключение адекватных состоянию ребенка коррекционных занятий в соответствии с пониманием механизмов возникновения проблем.

### **Рекомендуемая литература**

Башина В.М. Аутизм в детстве. — М.: Медицина, 1999.

Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. — СПб.: Питер, 2006.

*Никольская О.С.* Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. — М.: Центр лечебной педагогики, 2000.

*Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Аутичный ребенок: Пути помощи. — М.: Теревинф, 1997.

*Никольская О., Фомина Т., Цыпотан С.* Ребенок с аутизмом в обычной школе. — М.: Чистые пруды, 2006. (Библиотечка «Первого сентября», серия «Школьный психолог». Вып. 2 (8)).

*Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. — М.: Изд-во МГУ, 1990.

### **Вопросы и задания для самостоятельной работы**

1. Проанализируйте систему аффективной организации у детей, условно относимых к различным группам РДА (по книгам О.С.Никольской).

2. Какой показатель (показатели) существования детей с различными вариантами искаженного развития должен стать определяющим для всех специалистов сопровождения?

3. Проанализируйте особенности аутистических проявлений у детей с «типичным», «атипичным» и «органическим» аутизмом (по В.М. Башиной).



## Лекция 7

# Представление о поврежденном и дефицитарном развитии

*Психическая травма как один из вариантов поврежденного развития. Понятие сложного нарушения развития*

### Поврежденное развитие

Вслед за классиками отечественной психиатрии и психологии к поврежденному мы относим варианты отклоняющегося развития, возникшие при патологическом повреждающем воздействии на центральную нервную систему ребенка в тот момент, когда значительная (большая) часть функциональных психических систем уже была сформирована и имеется определенный период условно-нормативного развития. В большинстве случаев можно определить (по крайней мере в анамнезе) собственно повреждающий фактор и время его воздействия.

В соответствии с представлениями Г.Е. Сухаревой и других авторов, феномены повреждения возникают только при воздействии повреждающих факторов после 2,5–3 лет, когда часть психических функций сформирована или находится в активной стадии формирования. А поскольку длительность формирования той или иной психической функции или системы различна, то понятно, что именно возраст, при котором возникло повреждение, имеет огромное значение. Таким образом определяются дифференциально-диагностические признаки *повреждения* или *недостаточности развития*.

При повреждении до 2,5–3 лет психические системы и функции с длительным периодом формирования окажутся несформированными (что сближает феноменологию детей с ранним повреждением ЦНС с группой тотального недоразвития), а формирующиеся относительно рано функции, имеющие «короткий» период развития, оказываются в состоянии повреждения.

На наш взгляд, одним из основных показателей, определяющих специфику развития ребенка и необходимую ему помощь, следует также считать *объем повреждения*.

Помимо этого, психологическая специфика поврежденного развития будет определяться:

- локализацией повреждения (один из наиболее значимых факторов);

- временем (возрастом) повреждающего воздействия;
- периодом, прошедшим после повреждения (стажем заболевания);
- наличием в связи с этим общемозговых реакций;
- особенностями психического и физического развития, предшествующими повреждению (преморбидные особенности).

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

- **локально поврежденное развитие;**
- **диффузно поврежденное развитие.**

Как видно, количество факторов, определяющих и «рисунок» поведения, и особенности познавательной деятельности, и аффективно-эмоциональный компонент жизни ребенка, очень велико. В целом имеет смысл еще раз акцентировать внимание на том, что, если повреждение произошло в возрасте, когда еще не сформированы высшие уровни базовых психических составляющих, мы будем дополнительно к феноменам повреждения иметь и недостаточную сформированность базовых предпосылок (составляющих) психического развития ребенка. Это, в свою очередь, осложняет процесс компенсации и адаптации ребенка в целом.

При повреждениях ребенку обычно ставится неврологический диагноз, отражающий характер поражения центральной или периферической нервной системы, и сопутствующие медицинские диагнозы.

С точки зрения формирования всей системы произвольной регуляции психической активности при этом варианте можно говорить о грубой несформированности, порой начиная с произвольной регуляции двигательной активности и в особенности таких уровней, как регуляция психических процессов и функций и рефлексивно-волевая регуляция.

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

Очевидно, что, чем больше **объем поражения**, тем тяжелее общее состояние ребенка и влияние общемозговых проявлений на характеристики продуктивной активности, целенаправленно-

ти, темпа и работоспособности в целом (проявления астенизации, инертности и др.).

Такое обилие параметров, определяющих характер поврежденного развития, предполагает значительную сложность и неоднозначность выделения специфических для данной группы показателей развития.

Следует отметить, что при **локально поврежденном развитии** (сюда следует отнести, в первую очередь, разнообразные опухоли, локальные кровоизлияния, очаги эпилептической активности, кисты и пр.) объем так называемых «общемозговых проявлений», как правило, меньше, и вследствие этого общий прогноз развития ребенка более благоприятный (при адекватном лечении и мероприятиях восстановительного периода). Показатели критичности, адекватности и обучаемости окажутся специфичными в случае повреждения передних структур мозга (лобных систем). Однако в каждом конкретном случае может выявляться специфика этих показателей.

Точно так же и специфика развития когнитивной сферы в первую очередь будет определяться возрастом повреждения, его локализацией, компенсаторными возможностями ребенка.

Характерной особенностью этого типа отклоняющегося развития следует считать « мозаичность » феноменологической картины познавательной деятельности. Тем не менее чаще всего оказываются недостаточно сформированными (в соответствии с условно-нормативным развитием) мнестическая деятельность и операциональные характеристики деятельности. Хотя в некоторых случаях даже при достаточно обширных и тяжелых локальных поражениях отсутствуют выраженные нарушения мнестической деятельности.

В эмоционально-личностном плане может наблюдаться самый широкий спектр проявлений: от вариантов условно-нормативного развития до brutальных форм личностных изменений. Следует отметить, что особенно в подростковом возрасте любое повреждающее воздействие следует рассматривать еще и как психическую травму: подросток не верит в возможность полного выздоровления, даже когда это «гарантируется» врачами, наплевательски относится к своему здоровью, когда необходимо хоть немного соблюдать охранительный режим, «уходит» в рисковое поведение по типу «все равно ничего хорошего не будет» и т.п.

Говоря о последовательности каких либо психологических коррекционно-развивающих мероприятий, следует хорошо понимать, что они в большинстве случаев могут быть начаты только

после снятия остроты состояния и при обязательном согласовании с врачом-неврологом. Показана симптоматическая развивающая и коррекционная работа, формирование произвольной регуляции деятельности с опорой на актуальный уровень ее развития, при необходимости работа педагога-дефектолога, логопеда, общеукрепляющие мероприятия, психотерапевтическая работа с ребенком, родителями и семьей в целом. При инвалидизирующих поврежденных вариантах развития психотерапевтической работе следует уделять преимущественное внимание.

Особое место в работе психолога должна занимать психокоррекционная работа, направленная на адекватизацию представлений о собственном состоянии, и работа с хронической психической травмой.

При негативных ситуациях развития детей этой категории (неадекватном лечении, несвоевременной развивающей и коррекционной помощи, неадекватном типе образовательного учреждения, социальных условиях развития в целом) вероятен неблагоприятный прогноз развития. Так, например, ребенок, имеющий по данным параклинических исследований (в первую очередь, ЭЭГ — электроэнцефалографического исследования) очаговую эпилептическую активность, по своему состоянию будет «двигаться» в сторону «диффузно поврежденного развития» со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Несомненно, что ведущим специалистом при данном типе развития следует считать специалиста медицинского профиля (невролога, психиатра, врача восстановительного лечения). Необходимым специалистом в этом случае является педагог-дефектолог, который должен обеспечить дополнительную помощь в обучении ребенка. Обучение в определенный период проводится в индивидуальном режиме, и лишь после одобрения врача ребенок может вернуться в нормальное русло школьных занятий, но с соответствующим охранительным режимом. Если же последствия повреждения (ЦНС или органов чувств) привели к значительным нарушениям познавательной деятельности, когда недостаточно просто дополнительных занятий обычного педагога, то необходимым специалистом сопровождения должен стать коррекционный педагог соответствующего профиля.

**К диффузно поврежденному развитию** часто приводят следующие заболевания: тяжелые прогрессирующие формы гидроцефалий, менингит, энцефалит, другие мозговые инфекции, тяжелые

травмы мозга — сотрясения или ушиб, выраженный эписиндром, возникший после 3–3,5 лет, обширные кровоизлияния, состояния после нейрохирургических вмешательств и др. Наиболее типичными среди феноменологических проявлений, характерных для диффузно поврежденного типа развития, являются, в первую очередь, изменения операционально-технических характеристик психической деятельности разной степени выраженности. Выраженность этих проявлений также находится в прямой зависимости от ранее перечисленных факторов.

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

Как правило, регуляторные функции оказываются выражено поврежденными или несформированными, что проявляется не только в трудностях регуляции собственной психической активности как на познавательном, так и на аффективном уровне, но и в трудностях программирования и контроля деятельности в целом.

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

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

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

С точки зрения специфики «профиля» базовых составляющих психического развития, следует отметить, что, чем позже возникло повреждение, тем более сформированными на момент поврежде-

ния оказываются «высшие уровни», тем сильнее они способствуют реабилитации состояния ребенка. По-видимому, наиболее устойчивыми к повреждающему воздействию оказываются пространственно-временные репрезентации (пространственные представления) как одна из базовых составляющих, а страдают в большей степени произвольная регуляция психической активности и аффективная организация — особенно при повреждении определенных мозговых структур. Однако этот вопрос требует дополнительных исследований.

Аналогично предыдущему типу развития, в первую очередь необходима адекватная система лечебных, режимных и восстановительных мероприятий. В дальнейшем, как уже говорилось, приоритет психологической коррекционной работы лежит в сфере формирования произвольной регуляции, программирующих и контрольных функций. Однако в негрубых случаях порой бывает достаточно четко выполнять режимные мероприятия, в том числе снижение объемов учебных и прочих нагрузок, учет особенностей работоспособности и возможного темпа деятельности, адекватное отношение к эмоциональным перепадам. В этом случае роль психолога чрезвычайно возрастает — не как специалиста по коррекционной работе, а как координатора и психотерапевта для достижения взаимопонимания при взаимодействии родителей и педагогов, в понимании и теми и другими специфики состояния ребенка.

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

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

Огромную роль играет, естественно, и социальная ситуация развития, как один из определяющих факторов компенсации: отсутствие адекватных лечебных мероприятий из-за низкой врачебной квалификации или несоответствующего медицинского оборудования и попустительство родителей, недооценка ими возможных последствий.

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

### **Психическая травма как один из вариантов поврежденного развития**

Особый вид поврежденного развития — это психическая травма. До настоящего времени психическая травма не рассматривалась в контексте специальной психологии, она не включена как таксономическая единица ни в одну из существующих психологических типологий. В то же время именно с ней работают психологи.

Мы включаем психическую травму и ее модификации в нашу типологию отклоняющегося развития по трем причинам:

**1.** Это исключительно область деятельности психолога, в том числе психолога образования, поскольку дети и в ситуации острой психической травмы и соответствующего посттравматического состояния, и тем более в ситуации хронической психической травматизации развиваются, учатся в школе, общаются со сверстниками.

**2.** Детям в подобной ситуации необходимы специальные образовательные условия, особое отношение всех других субъектов образовательного процесса. То есть можно говорить об особом образовательном маршруте и специфичной коррекционной психологической работе (критерий специфичности коррекции).

**3.** В рамках предлагаемой модели можно провести анализ и определить специфически измененный характер базовых составляющих.

Большинство работ психотерапевтического плана посвящены психической травме взрослого человека и работе с ней. Чрезвычайно мало работ, касающихся анализа психической травмы и ее ближайших последствий у ребенка, тем более ребенка дошкольного возраста. В данном разделе мы можем только очертить самые общие контуры подходов к развитию ребенка в условиях психической травмы.

Наша практика позволяет говорить по крайней мере о двух типах этого варианта отклоняющегося развития:

- **психическое развитие после «острой» психической травмы;**
- **развитие в условиях хронической психической травмы.**

Специалисты, работающие в этой области, выделяют различные причины психической травматизации. Так, Е. Петрова выделяет следующие типы процесса травмирования:

- травмы физического типа (ситуации, затрагивающие тело человека и его физический мир);
- травмы нарциссического типа (зона отношений с другими людьми и формирования субъектности);
- травмы, касающиеся системы социальных отношений. По содержанию травмирующие ситуации могут быть эпизодами социального или физического насилия, резкой смены жизненной ситуации, стихийных бедствий и прочего.

Для гештальт-подхода это ситуация «нарушения границ». При чем такого нарушения, которое не было скомпенсировано после прекращения действия внешнего стимула.

Наиболее понятны и чаще всего рассматриваются в медицинской практике ситуации внешнего воздействия на человека, в которых была затронута витальность. Это, например, пожар, стихийное бедствие, автомобильная катастрофа, террористический акт и, естественно, акты насилия, направленные на ребенка.

В качестве последствий мы можем ожидать неожиданно возникающие приступы паники, депрессивные проявления, феномен подавленной ярости и беспомощности.

Для ребенка дошкольного возраста существенно сохранение окружающей среды, Изменение окружения становится источником фрустрации, требует затраты душевных сил на адаптацию и может даже стать поводом для травмы. Это, например, эпизоды отделения от родителей и помещения в больницу, передача ребенка новому ухаживающему лицу и так далее. В сущности, любое изменение ситуации окружения в детстве является источником стресса.

В любом случае, имея в виду нашу модель отклоняющегося развития, можно говорить о деформации или даже своеобразной поломке аффективной организации поведения и сознания. Приводимые в различных источниках описания состояния людей после психической травмы и та коррекционная тактика, которая применяется психиатрами и психотерапевтами в этих случаях, позволяют нам считать модель О.С. Никольской применимой и достаточно эффективной для работы с психической травмой.



### Дефицитарное развитие

В рамках дефицитарного развития в соответствии с имеющейся в коррекционной (специальной) педагогике и специальной психологии психолого-педагогической классификацией выделяют детей с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата. В отдельную категорию дефицитарного развития также включают группу детей со сложной структурой нарушения.

Для этого варианта отклоняющегося развития характерной является возникшая в раннем возрасте (или пренатально) недостаточность отдельных анализаторных систем (или их сочетание), в том числе проприоцептивной анализаторной системы или ее центрального звена (нарушения опорно-двигательного аппарата при детском церебральном параличе). То есть с самого раннего возраста у ребенка наблюдается дефицит (разной степени выраженности) информации, поступающей через соответствующий «дефицитарный» анализатор. Отсюда формируется своеобразный тип психического развития, специфичный для различных по модальности дефицитарных психофизиологических систем.

Мы считаем, что рассматривать *нарушения речи* в качестве варианта дефицитарного развития означает допускать значительную методологическую ошибку, поскольку нарушения речи не отвечают вышеприведенной закономерности. Нарушения речи нельзя отнести к дефицитарному развитию и по критерию коррекционной работы: во всех случаях дефицитарного развития невозможно полностью (и даже частично) именно восстановить дефицитарный анализатор, ликвидировать его первичную недостаточность, в то время как при речевом недоразвитии в большинстве случаев соответствующая коррекционная работа позволяет не просто компенсировать, но и полностью восстановить речь.

К сожалению, подобный ошибочный подход без каких-либо методологических доказательств получил довольно широкое распространение в литературе.

Случаи *позднего повреждения* различных анализаторных систем (в том числе и опорно-двигательного аппарата) традиционно рассматриваются в рамках дефицитарного развития, хотя строго по всем критериям должны быть отнесены к категории поврежденного развития.

Следует также отметить, что гипотетически можно предположить существование большого разнообразия вариантов дефицитарного развития, к которым следовало бы отнести не только детей

с дефицитарностью сенсорных и опорно-двигательной систем, с комплексными дефектами, но и с «дефицитарностью» иных систем (например, болевой и холодовой чувствительности, различными иммунодефицитами и пр.). Возможно, со временем дети этих категорий также окажутся в общем образовательном пространстве и потребуют специальной психологической помощи.

Предлагаемый типологический подход, основанный на выделении базовых составляющих психического развития, для детей, относимых к категории дефицитарного развития, на сегодняшний день разработан недостаточно. Можно говорить о гипотетических построениях авторов, о психологических механизмах этого варианта дизонтогенеза и возможности использования конкретных, отработанных технологий в оценке психического развития этой категории детей, о принципах построения коррекционной работы.

Эти принципы основаны на понимании базовых составляющих развития как общих закономерностей развития. Далее можно предположить, что формирование их уровней, взаимосвязей и иерархичной структуры в целом для различных групп дефицитарного развития будет специфичным по сравнению с нормативно возрастным. Мы считаем необходимым привести имеющуюся в специальной психологии и коррекционной (специальной) педагогике психолого-педагогическую классификацию дефицитарного развития и, насколько это возможно, «типологизировать» эту очень неоднородную категорию детской популяции.

#### *Дети с нарушениями слуха (неслышащие дети)*

Гуманизация общества требует и более гуманной терминологии. Особенно важно это для работы психолога. В то же время в научно-исследовательской и педагогической практике остаются традиционные термины. В последнее время людей с нарушениями слуха принято именовать «неслышащие» (а с нарушениями зрения — «невидящие»). В то же время более тонкие оттенки развития остались прежними (слабослышащие, слабонидящие, например). На практике пользуются и другими традиционными терминами. Поскольку психолог общается с всеми субъектами образовательной среды, мы в лекциях стараемся привести все используемые термины, хотя согласны с необходимостью их «гуманизировать».

По существующей в нашей стране психолого-педагогической классификации Р.М. Боскис были приняты критерии, учитываю-

щие своеобразие развития детей с нарушенным слухом (Богданова, 2002, Назарова, 2001). Этими критериями являются:

- степень поражения слуховой функции;
- уровень развития речи при данной степени поражения слуховой функции;
- время возникновения нарушения слуха.

В соответствии с выделенными критериями определяются следующие категории детей:

1. **Глухие (ранооглохшие) дети.** К этой категории относятся дети, родившиеся с уже нарушенным слухом или потерявшие его до начала речевого развития или на его ранних этапах. В результате врожденной или приобретенной в раннем возрасте глухоты они были лишены возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею.

2. **Слабослышащие (тугоухие)** — дети с частичной потерей слуха. В зависимости от степени сохранности слуха некоторые из них могут в какой-то мере самостоятельно овладеть речью, которая будет, в свою очередь, иметь ряд существенных недостатков, подлежащих коррекции в процессе обучения.

3. **Позднооглохшие дети** — те, кто к моменту наступления глухоты или серьезного нарушения слуха обладал уже в достаточной степени сформированной речью. В рамках нашей типологии эту категорию детей можно отнести к категории **локально поврежденного** типа развития (когда повреждающий фактор вне зависимости от его этиологии и выраженности воздействует после того, как системообразующая группа функций — в данном случае речемыслительная деятельность — уже сформировалась).

### *Дети с нарушениями зрения (невидящие дети)*

К категории детей, являющихся объектом детской тифлопсихологии, относят слепых, слабовидящих и детей с амблиопией и косоглазием. В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории детей:

1. **Слепорожденные** — дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте **до трех лет**.

В понятие **слепой** включаются две категории детей: дети с визусом «0» и светоощущением, а также дети, имеющие остроту остаточного зрения до 0,04 включительно на лучше видящем глазу с

применением обычных средств коррекции — очков. Среди слепых детей выделяют также следующие группы:

• **абсолютно, или тотально, слепые** — дети с полным отсутствием зрительных ощущений;

• **частично, или парциально, слепые** — дети, имеющие светоощущения, форменное зрение (способность к выделению фигуры из фона) с остротой зрения от 0,005 до 0,04;

2. **Слабовидящие** — дети с остротой зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущения, периферическое и бинокулярное зрение). Можно выделить несколько форм остаточного зрения при остроте зрения 0,04 и ниже в зависимости от сложности нарушений зрительной функции. Главное отличие данной группы детей от слепых: зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

3. **Ослепшие** — дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже. Это позволяет отнести данную категорию детей к категории **локально поврежденного** типа развития. Этим детям более поздние нарушения зрения позволяют использовать уже ранее сформировавшиеся связи на основе зрения при осуществлении деятельности познания и образовать иные системы связи при компенсации дефекта.

Так же как и поздно оглохшие, ослепшие дети обладают определенными особенностями развития психики, которые могут служить основой при дифференциальной диагностике.

#### *Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата*

Как и в предыдущих случаях, нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. В зависимости от причины и времени поражения (что, в свою очередь, дифференцирует эту категорию детей как дефицитарный и поврежденный варианты развития) отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата.

1. Заболевания нервной системы.

2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата.

3. Приобретенные заболевания, деформации и повреждения опорно-двигательного аппарата.

При всем разнообразии врожденных, рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект. У большинства детей наблюдаются сходные проблемы: двигательные нарушения сочетаются в той или иной степени с особенностями сформированности сенсорных и когнитивных функций, с выраженной спецификой формирования познавательной деятельности в целом.

### Понятие сложного нарушения развития

Не являясь специалистами в области работы с детьми со сложной структурой дефекта, мы в данном случае можем только кратко привести мнение Т.А. Басиловой, как наиболее известного в нашей стране специалиста по работе с этими детьми.

Сложными нарушениями принято называть наличие двух или более первичных нарушений у ребенка. Недостатки развития, входящие в состав сложного дефекта, связаны с повреждением разных систем организма. Одновременное поражение нескольких функций внутри одной системы организма можно назвать *осложненным* дефектом.

Дискуссионной проблемой остается отнесение к этому варианту отклоняющегося развития глубокого органического поражения ЦНС, приводящего к поражению многих областей головного мозга, отвечающих за сенсорную, двигательную и иные сферы, в том числе и тотальное недоразвитие. В этом случае говорят о *множественном* виде нарушений.

По *сочетанности* нарушений выделяется более 20 видов сложных и множественных нарушений. Это могут быть различные сочетания сенсорных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений, а также сочетание всех этих видов с тотальным недоразвитием.

Очень часто присутствуют и дополнительные тяжелые соматические заболевания, которые также требуют специализированной помощи.

Дополнительно можно провести дифференциацию по *выраженности* различных нарушений. Она может быть различной степени для разных дефектов. Принято также выделять детей с *одновременно* или *разновременно* наступившими нарушениями, группы также различаются по *времени (возрасту) наступления* сложных нарушений.

Для всех случаев врожденного и/или приобретенного сложного нарушения чрезвычайно важно установить особенности развития ребенка к началу заболевания, его знания и умения, уровень психического развития к этому моменту.

Даже из такого краткого описания видно огромное многообразие и нестабильность вариантов такого типа отклоняющегося развития.

Это многообразие проявлений и их динамизм являются главными особенностями этой категории детей.

### Рекомендуемая литература

*Богданова Т.Г.* Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2002.

Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений // *Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева* и др. // Под ред. Л.В. Кузнецовой. — М.: Издательский центр «Академия», 2002.

*Левченко И.Ю., Приходько О.Г.* Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2001.

*Семаго Н.Я., Семаго М.М.* Организация и содержание деятельности психолога специального образования. — М.: АРКТИ, 2005. (Библиотека психолога-практика).

*Солнцева Л.И.* Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста. — М.: Полиграф сервис, 1997.

Специальная педагогика: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений // Под ред. *Н.М. Назаровой*. — М.: Академия, 2001.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Каков основной критерий выделения группы поврежденного развития?

2. В чем специфика работы психолога с ребенком, имеющим диффузное повреждение ЦНС?

3. Почему психическую травму можно отнести к поврежденному типу развития? Приведите пример посттравматических эффектов у детей.

4. Какие типы травмирования выделяются при психической травме? Оцените известные вам конкретные случаи этих типов психической травмы.

5. Что отличает дефицитарное развитие сенсорных систем от поздних локальных повреждений сенсорных систем в плане психического развития ребенка?

## Лекция 8

# Диагностические методики и способы их использования в деятельности психолога

*Структура психологического заключения.*

*Психологический диагноз как основа заключения*

### **Диагностические методики<sup>1</sup>**

Технология диагностической деятельности предусматривает необходимость рационально разделить весь процесс психологической оценки на отдельные, четко выраженные этапы, оптимально использовать разнообразные методические средства (в том числе и диагностический инструментарий) с целью повышения эффективности деятельности специалиста. Необходимо помнить, что все этапы работы с ребенком должны быть взаимосвязаны и подвергаться корректировке в зависимости от результатов предыдущего этапа (так называемое правило Байеса). Такая стратегия проведения обследования позволяет минимизировать затраты сил и времени специалиста, сохранить ресурсные возможности ребенка на протяжении всего обследования.

Итогом комплексной психологической диагностики должна стать постановка психологического диагноза, который даст возможность описать актуальное состояние ребенка и особенности развития, определить его как условно нормативное или отклоняющееся. Это обеспечит достаточно надежный прогноз дальнейшего развития и обучения, позволит специалистам, в первую очередь психологу, определить пути и разработать программы наиболее эффективной коррекционной работы.

#### **Этапы**

1. Сбор психологического анамнеза.
2. Создание гипотезы обследования с выходом на предварительный психологический диагноз, ее уточнение и корректировка в процессе обследования.

---

<sup>1</sup>Наиболее полно и развернуто весь диагностический процесс, его методология, технологии и диагностические методики описаны в нашей монографии, посвященной оценке психического развития детей, выпущенной издательством «Речь» в Санкт-Петербурге (см. список литературы). В настоящей лекции мы можем лишь познакомить слушателей с основными положениями диагностической работы психолога.

3. Процедура обследования с использованием соответствующих тактик и технологий, адекватных возрасту и возможностям ребенка.

4. Развернутый системный анализ результатов обследования, их сопоставление в соответствии с гипотезой и предварительным психологическим диагнозом.

5. Окончательная постановка психологического диагноза с учетом полученных результатов, механизмов и путей, приведших к наблюдаемым особенностям, определение вероятного прогноза развития, методов междисциплинарного сопровождения ребенка.

В соответствии с диагностической гипотезой психолог определяет и необходимый диагностический инструментарий. В зависимости от результатов исходная диагностическая гипотеза может изменяться, точно так же будет изменяться и инструментарий. Для этого психолог должен владеть достаточным количеством психологических методик. Используя на каждом «шаге» обследования наиболее эффективные и многофункциональные методики, специалист оптимизирует собственные затраты времени и сил и экономит силы ребенка. Таким образом реализуется один из основных *принципов* проведения обследования — принцип минимизации затрат ребенка и специалиста.

В целом необходимо придерживаться общей логики обследования, где наиболее важным является последовательное использование ключевых методик. Практика показала, что в каждом блоке методик, ориентированных на исследование основных психических сфер, функциональных систем, существуют отдельные методики, использование которых должно быть включено в процесс оценки вне зависимости от особенностей развития ребенка, имеющейся диагностической гипотезы и пр.

Полученные таким образом данные могут принципиальным образом изменить и саму диагностическую гипотезу, и характер подачи той или иной методики, и даже характер обследования.

Существенно также, что такие ресурсозатратные методики, как *Прогрессивные матрицы Дж. Равена, Корректирующие пробы, методика В.М. Когана* и другие, следует использовать до наступления выраженного утомления ребенка.

Начинать работу с ребенком лучше всего с нейтральной беседы, во время которой не только устанавливается контакт с ребенком, но и выявляются знания ребенка о себе, о составе семьи, уровень общих представлений об окружающем мире. С нашей точки зрения, наилучший способ установить контакт с ребенком — попросить его сделать несколько рисунков, а затем начать беседу по поводу этих рисунков (ни в коем случае не акцентируя внимания на каких-либо проективных аспектах).



Если есть возможность и время, мы рекомендуем непосредственно наблюдать за процессом рисования, для того чтобы видеть порядок появления изображений на листе, направление рисования, «застревание» на тех или иных деталях. Если нет возможности наблюдать за процессом, то целесообразно использовать этот отрезок времени для сбора психологического анамнеза, выявления и уточнения жалоб родителей (удобно также параллельно просматривать домашние рисунки или школьные тетради, которые ребенок и его близкие принесли с собой).

После того как рисунки выполнены, психолог начинает задавать конкретные вопросы по поводу каждого из них по очереди. Беседа должна носить непринужденный характер и являться логическим продолжением нормального рабочего контакта с ребенком, поскольку психолог проявляет интерес не столько к самому рисунку, сколько в первую очередь к ребенку. Такая беседа очень информативна для оценки и анализа особенностей речевой деятельности.

Прежде чем приступить к работе с методами, позволяющими выявить особенности познавательной деятельности, целесообразно *оценить объем слухоречевой памяти, темп запоминания* и другие особенности слухоречевого запоминания. Поскольку все инструкции к заданиям (как вербальным, так и невербальным) подаются ребенку в основном в речевой форме, часто бывает трудно определить, что происходит: ребенок не понял инструкцию или не сумел запомнить ее из-за того, что она длиннее, чем он может удержать в памяти.

Мы предлагаем для исследования различных параметров слухоречевого запоминания методики *Запоминание двух групп слов* и *Запоминание двух фраз*. Группы слов и фразы можно подобрать самим, пользуясь общепринятыми законами выбора вербальных материалов для психологического обследования, или взять из соответствующих пособий. В случае выявления у ребенка суженного объема слухоречевой памяти, наличия интерферирующих влияний делаются соответствующие поправки в вербальном стимульном материале, в особенности при подаче инструкций. Инструкции в этом случае подаются в дробном виде, упрощаются, выносятся на наглядный предметный уровень. Такая тактика позволяет минимизировать вклад мнестических особенностей (нарушений) в наблюдаемые феномены развития когнитивной сферы.

При необходимости более подробного исследования мнестической деятельности логично использовать методики, направленные на определение объема и особенностей зрительного запоминания, других видов памяти (в частности, тактильной). Возможно

также использование сенсibilизированных проб для исследования специфики слухоречевого запоминания (влияние гомогенной или гетерогенной интерференции на процесс запоминания, возможность и объем удержания коротких текстов).

В качестве следующего этапа работы целесообразно оценить уровень сформированности понятийного развития. Такое исследование проводится с использованием методики *Предметная классификация* в ее детской модификации (серия 1 для детей от 3 до 5 лет, серия 2 — от 5 до 8 лет) и в стандартном варианте для детей старше 8–9 лет. Для исследования уровня актуального понятийного развития предпочтительнее использовать методику *Предметная классификация* и модифицированный вариант методики *Выготского–Сахарова* (выявление уровня обобщения абстрактных предметов), а для выявления *специфических особенностей* мышления и изменения динамики мыслительной деятельности (наличие элементов разноплановости, опоры на латентные признаки при обобщении, соскальзывание и т.п.) — методик *Исключение предметов*, *Исключение понятий*, *Сравнение понятий*, как вспомогательную — *Выделение двух существенных признаков*<sup>2</sup>.

После этого часто бывает необходимо сменить деятельность и предложить ребенку задания совершенно иного плана. Например, сложить картинку или узоры (сформированность пространственного анализа и синтеза на перцептивно-действенном уровне). Для этого наиболее адекватна методика *Разрезные картинки* (для детей младшего дошкольного возраста), а для детей 5,5–6-летнего возраста удобно использовать методику *Кооса*, как более абстрактный и в то же самое время более интересный для ребенка вариант исследования тех же параметров.

При работе с детьми школьного возраста можно начинать это исследование непосредственно с методики *Кооса*. При этом целесообразно пользоваться вариантом стимульного материала, где образцы узоров (картинок) проранжированы по сложности.

Оценка уровня сформированности пространственного анализа и синтеза является частью общего исследования сформированности пространственных представлений (как на перцептивно-действенном, так и на вербально-логическом уровнях) у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Работа с методикой *Кооса* чрезвычайно важна и наиболее показательна для оценки сформированности пространственных представлений в целом. В

---

<sup>2</sup> Все эти методики можно найти в соответствующих источниках, а также в *Диагностическом комплексе Семаго*.

силу этого исследование также может считаться одним из ключевых моментов психологического обследования. Для исследования уровней сформированности этой базовой составляющей далее можно использовать широкий спектр материалов, представленных в различных диагностических альбомах.

Сформированность пространственных и пространственно-временных представлений в значительной степени определяет специфику овладения правильной устной речью, а далее чтением, письмом и счетом, умением решать задачи и сопоставлять явления и факты окружающего мира.

Завершающим этапом исследования сформированности пространственных представлений является исследование лингвистического пространства — «пространства речи и языка», понимание различных сложных лексико-грамматических конструкций и возможность их самостоятельного формирования, понимание и формулирование причинно-следственных отношений между явлениями и событиями. Все это, в свою очередь, является стержнем формирования всей речемыслительной деятельности.

Сформированность произвольной регуляции собственной деятельности (регуляторного компонента деятельности) и характеристики внимания анализируются фактически на протяжении всего обследования – оценивается возможность *удержания инструкций и программы выполнения* того или иного задания. Однако для «инструментального» исследования этих параметров можно использовать методы, направленные на исследование возможности удержания, в частности, двигательных программ. Наиболее адекватными в этой ситуации являются отдельные пробы, в том числе и мануальные (нейропсихологические), которыми в необходимом объеме должен владеть каждый психолог. Если проблемы регуляции подтверждаются, то и весь ход дальнейшего обследования должен строиться с учетом необходимой для продуктивной деятельности ребенка организации его работы.

Для исследования и оценки сформированности произвольного внимания, возможностей удержания инструкций, последовательности действий адекватным можно считать анализ выполнения ребенком следующих «сериальных» заданий: *методика В.М. Когана* в ее классическом варианте и бланковые методики, такие как *методика Пьерона–Рузера*, *Корректирующие пробы*, *таблицы Шульте*, *Счет по Крепелину*, *Прогрессивные матрицы Дж. Равена*.

Необходимо учитывать, что параметры внимания могут значительно колебаться в зависимости от степени утомления ребенка, заинте-

ресованности в самом задании (мотивационный аспект), отношения к взрослому (эмоционально-личностный аспект взаимодействия). Для того чтобы оценить характеристики этого психического процесса и влияние на него утомления, бланковые методики можно давать дважды: в начале психологического исследования и в фазе выраженного утомления, меняя лишь отдельные детали задания. В этом случае при анализе результатов необходимо описать динамику изменения операциональных характеристик деятельности.

Учитывая необходимость смены вида деятельности, для отдыха между наиболее трудоемкими и утомительными для ребенка заданиями (такими, как *методика В.М. Когана, Прогрессивные матрицы Дж. Равена, Предметная классификация* в варианте для детей 9–12 лет, *Корректирующие пробы, Счет по Крепелину* и др.) целесообразно использовать проективные методики, время выполнения которых не превышает 10–12 минут. В качестве таковых можно предложить *ЦТО, Тест Руки, СОМОР, Контурный С.А.Т.–Н., Метаморфозы*. Таким образом, исследование эмоционально-личностных особенностей и их оценка будут органично вплетены в ткань взаимодействия ребенка и психолога.

Точно так же в промежутках между сложными, трудоемкими методами исследования целесообразно включать методы *исследования особенностей двигательной сферы* — мелкой и общей моторики. С этой целью проводятся пробы на способность делать ритмические и координированные движения, в том числе и реципрокные. Особое внимание уделяется исследованию сформированности мелкой моторики (пробы на скоординированные движения пальцев, манипуляция с мелкими предметами, в том числе с ручкой и карандашом), а также моторных навыков в графической деятельности (рисунок, лепка, аппликация, владение ножницами). У детей дошкольного возраста можно проверить сформированность бытовых двигательных навыков (застегивание пуговиц, шнуровка ботинок и пр.).

Можно исследовать и специфику *латеральных предпочтений (ведущих руки, ноги, а также глаза и уха)*. Важно оценить соответствие руки, которой ребенок рисует, ест, пишет, и выявленных предпочтений глаза и уха.

Для оценки параметров *интеллектуальной деятельности*, особенностей мнестической функции ребенка, различий в объемах непосредственно и опосредованно запоминаемого материала мы применяем методику *Опосредованного запоминания по А.Н. Леонтьеву* (для детей до 7–8-летнего возраста) и методику *Пиктограмма* (для детей после 8 лет с достаточно сформированной графической деятельностью).

Уже на этом этапе при возникновении трудностей опознания тех или иных изображений целесообразно провести анализ особенностей собственно гностических функций.

Подробное исследование зрительного гнозиса должно проводиться в том случае, если психолог обнаруживает какие-либо трудности в восприятии ребенком изображений на любом стимульном материале, используемом специалистом в процессе работы. Следует помнить, что анализ всех сторон восприятия (зрительного, слухового, тактильного и др.) является предметом отдельного *нейропсихологического исследования* и проводится, как правило, специально подготовленным психологом.

Исследование и оценку особенностей речемыслительной деятельности целесообразно проводить с чередованием перцептивно-действенного, перцептивно-логического и вербально организованного диагностического материала. Наиболее удобны для этого методики: *Разрезные картинки, Прогрессивные матрицы Дж. Равена, Подбор простых аналогий, Составление парных аналогий* (в том числе и невербальных), *Выделение существенных признаков, Понимание метафор, пословиц, рассказов со скрытым смыслом, Установление последовательности событий, решение «конфликтных» задач, задач Пиаже.*

В качестве перцептивно-действенных диагностических материалов для детей **младшего и среднего дошкольного** возраста, а также для детей более старшего возраста с подозрением на вариант тотального недоразвития в этих же целях удобно пользоваться методикой *Доски Сегена* и их аналогами (ящик форм, комплекты различных вкладышей, стаканчиков).

В случае, если в соответствии с диагностической гипотезой необходимо выявление изменения динамики мыслительной деятельности — наличия непоследовательности мышления, соскальзываний в мышлении и др., помимо методик *Исключение предметов* и *Исключение понятий* возможно использование методик *Сравнение понятий, Ассоциативный (словесный) эксперимент.* У детей старше 7–9-лет для подтверждения искажения мыслительной деятельности важно проанализировать вербальную продукцию в целом (наличие резонерства, соскальзываний и т.п.).

Специальное исследование речи ребенка, как правило, не проводится, но на протяжении всей работы необходимо оценивать высказывания ребенка с точки зрения их коммуникативной адекватности, активности, специфики модулирования голоса, развернутости, грамотности, словарного запаса и их соответствия воз-

расту и социокультурным особенностям речевой среды, в которой растёт ребенок.

Исследование эмоционально-личностных особенностей ребенка целесообразно начинать с изучения *истории развития* (психологического анамнеза). Эти данные дополняются наблюдением за ребенком в процессе всего обследования.

Наиболее подходящей для первичного анализа аффективно-эмоциональной сферы мы считаем *методику Метоморфоз*. Она позволяет опредметить зоны личностных проблем ребенка, выявить тип реагирования (экстра- или интропунитивный), особенности межличностных отношений, очертить систему психологических защит ребенка.

Специфика аффективно-эмоциональной сферы у детей с различными вариантами дизонтогенеза описывается, как правило, в жалобах родителей или педагогов. Для ее углубленного исследования можно использовать такие проективные методики, как *методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга, С.А.Т., методика Р. Жилия* (и ее модификации *СОМОР*), и другие.

Оценка взаимоотношений ребенка в детском коллективе, со взрослыми, их социометрический анализ могут быть получены с помощью таких методик, как *СОМОР, Цветовой Тест Отношений (ЦТО)*<sup>3</sup>.

При выборе методов обследования аффективно-эмоциональной сферы, личностных черт и межличностных отношений необходимо помнить, что методики, построенные по принципу опросников, не рекомендуется использовать для детей младше 8–9 лет. Точно так же *Тест цветových выборов М. Люшера*, как мы неоднократно доказывали, не может быть использован для интерпретации личностного развития детей младше 13–14 лет.

Завершающей частью подобной диагностической работы с ребенком должна стать обязательная положительная оценка деятельности ребенка со стороны специалиста. Можно расспросить его о наиболее понравившихся и о наиболее неприятных моментах взаимодействия. Это позволяет получить дополнительные сведения и о критичности ребенка, и о его мотивированности. Предлагаемая технология и последовательность психологического обследования позволяет динамично провести диагностику и максимально эффективно использовать ресурсные возможности ребенка.

---

<sup>3</sup> Практика работы с детьми дошкольного и младшего школьного возраста показывает, что социометрический анализ с помощью Цветового Теста Отношений (ЦТО) гораздо эффективнее и адекватнее, чем прямая социометрия. Помимо этого, ЦТО может быть использован в работе даже с детьми с выраженным тотальным недоразвитием, с нарушениями слуха и другими формами дизонтогенеза.

## **Структура психологического заключения и его особенности. Психологический диагноз и рекомендации**

В психологическом заключении резюмируются данные об особенностях развития ребенка, полученные при обследовании. Обосновываются пути адекватной помощи ребенку, в том числе последовательность коррекционно-развивающих мероприятий, а также подключения к работе с ним тех или иных специалистов. Оценивается уровень адаптации ребенка в социуме и образовательной среде и делается прогноз его дальнейшего развития как при благоприятных, так и при неблагоприятных условиях. Все это чрезвычайно важно для определения образовательного маршрута.

Структура психологического заключения представляет собой взаимосвязь общей и итоговой частей.

Общая часть заключения содержит:

- основные данные ребенка (фамилия, имя, возраст на момент обследования);
- жалобы родителей или педагогов;
- наиболее важные анамнестические данные;
- описание внешнего вида, поведения ребенка в процессе обследования, адекватность, критичность;
- характер деятельности (целенаправленность, вид используемой помощи);
- операциональные характеристики деятельности, в том числе сформированность регуляторной сферы;
- особенности познавательной деятельности и ее компонентов (мнестической, речемыслительной);
- результирующую оценку уровня интеллектуального развития;
- характеристику аффективно-эмоциональной сферы, личностных особенностей, межличностных отношений ребенка;
- краткое описание сформированности системы базовых составляющих (произвольной регуляции, пространственно-временных представлений и уровней аффективной организации) с определением уровней, которые дефицитарны.

Итоговая часть заключения содержит:

- психологический диагноз;
- вероятностный прогноз развития;
- рекомендации по дальнейшему сопровождению ребенка.

Общая часть заключения ориентирована не только на специалистов, но и на тех, кто контактирует с ребенком (педагоги, администрация, другой обслуживающий персонал), и должна давать представление о его трудностях и особенностях.

Итоговая часть адресована профильным специалистам — психологу, логопеду, дефектологу, врачам, другим специалистам сопровождения.

В начале общей части заключения необходимо описать отношение ребенка к обследованию, мотивацию его деятельности. Далее приводятся темповые характеристики деятельности, особенности работоспособности, их динамика (в процессе работы, при воздействии каких-либо помех и т.п.).

Детализируются те результаты, которые выходят за рамки социально-психологического норматива (СПН) как в сторону снижения, так и в сторону повышения результативности. Отмечаются сильные качества ребенка, позволяющие компенсировать имеющиеся трудности (например, устойчивая работоспособность, высокая помехоустойчивость, отсутствие проблем мнестического характера, высокая мотивация). Отмечается уровень сформированности произвольной регуляции психической активности, в первую очередь функции контроля и программирования деятельности.

Описание развития когнитивного звена традиционно включает характеристику особенностей мнестической деятельности, особенности переключения, распределения внимания, наличие инертности речи. Здесь же приводятся результаты выполнения заданий, вербального и невербального (перцептивно-логического) характера, их результативность по сравнению с условно нормативными показателями.

Принципиально важно отметить особенности сформированности пространственно-временных представлений, а именно на каком их уровне возникают проблемы. Это дает возможность определить начальный уровень коррекционной работы, ориентированной на познавательную деятельность. Именно здесь необходимо отметить объем и характер необходимой помощи со стороны взрослого, обучаемость ребенка в целом.

В плане оценки аффективно-эмоциональной сферы описываются общий эмоциональный фон, его изменения и адекватность ситуации на протяжении обследования, преимущественный тип эмоционального реагирования, в том числе на стрессогенные ситуации в процессе обследования.

Если они имеются, отмечаются неадекватные ситуации реакции, фантазии и идеи, выраженность аффективных переживаний (по отношению к собственной деятельности, к зонам своих интересов, к реакциям окружающих).

Делается вывод о зрелости эмоциональной сферы, сформированности самооценки и уровня притязаний, специфике отношений



с детьми и взрослыми. Желательно объединить всю эту информацию в целостное представление о «профиле» аффективной организации (сформированности ее уровней).

Результирующей такого целостного представления о ребенке является психологический диагноз. Сама его постановка предполагает понимание механизмов и вероятных причин, приведших к данному варианту развития. Наше мнение о праве психолога на постановку психологического диагноза и непосредственно связанного с ним определении образовательного маршрута неоднократно высказывалось в наших лекциях.

В психологический диагноз включается краткое, но емкое описание следующих важных элементов:

- типологический вариант развития как основной вывод специалиста;
- уровень общего психического тонуса, психической активности и работоспособности;
- характер (профиль) латеральных предпочтений.

В свою очередь, **вероятностный прогноз развития** опирается на понимание места выявленного типа психического дизонтогенеза в общей ситуации развития. Его следует рассматривать как в благоприятных, так и в неблагоприятных условиях. Здесь же можно оценить адаптационные возможности ребенка в образовательном пространстве.

**В рекомендациях** должна быть прописана структура предполагаемого образовательного маршрута ребенка: тип и вид обучения; форма и режим обучения; последовательность включения в работу с ребенком тех или иных специалистов; организация сопровождения ребенка специалистами «вспомогательного плана» (психологами, психотерапевтами, логопедами, специалистами медицинского профиля и пр.).

Педагогу должны быть даны предложения по организации наиболее продуктивной работы с ребенком с учетом его темповых характеристик, особенностей процесса утомления и истощения, необходимого уровня индивидуализации процесса обучения с учетом регуляторной, мотивационной и эмоциональной зрелости ребенка.

При необходимости кардинального изменения вида или даже типа образовательного учреждения психолог должен рекомендовать родителям обращение в ППМС-центр или непосредственно на ПМПК. Родителям даются рекомендации в устной форме, в соответствии с уровнем их социокультурного развития и пониманием ими проблем ребенка.

В случае несогласия родителей с предлагаемыми мероприятиями их отказ следует зафиксировать. При необходимости (по

желанию родителей) дубликат заключения может быть выдан им в письменном виде. В этом случае заключение должно быть написано таким образом, чтобы, не ущемляя прав ребенка, дать достоверную информацию в понятной для родителей форме.

### Рекомендуемая литература

*Ануфриев А.Ф.* Психологический диагноз: система основных понятий. — М.: МГОПИ, Альфа, 1995.

*Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психодиагностике. — СПб.: Питер Ком, 1999 (Серия «Мастера психологии»).

Диагностический комплект. Исследование особенностей развития познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возрастов / Авт.-сост. *Н.Я. Семаго, М.М. Семаго.* — М.: АРКТИ, 1999.

*Костромина С.Н.* Психология диагностической деятельности в образовании. — СПб.: Наука, 2007.

*Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство. — М., 1970.

*Семаго М.М., Семаго Н.Я.* Организация и содержание деятельности психолога специального образования. — М.: АРКТИ, 2004.

*Семаго Н.Я., Семаго М.М.* Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. — СПб.: Речь, 2005.

*Шванцара Й.* Диагностика психического развития. — Прага, АВИЦЕНУМ, 1978.

### Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какие диагностические методики оцениваются как ключевые и почему?

2. Проанализируйте, как вы составляете диагностическую гипотезу и как она изменяется в процессе накопления результатов обследования.

3. Каким образом вы протоколируете изменение состояния ребенка в процессе обследования?

4. Какие пробы или методики вы используете для оценки регуляции двигательной активности?

5. Сколько времени у вас уходит на анализ и написание развернутого заключения по результатам углубленного обследования? Попробуйте довести эту продолжительность до 20–30 минут, а объем (машинописный) до 1 листа формата А4.

## Итоговая работа

### **Уважаемые слушатели курсов повышения квалификации!**

В качестве итоговой работы мы предлагаем вам самостоятельно провести обследование ребенка и написать психологическое заключение по его результатам. При этом желательно, чтобы состояние ребенка отвечало одному из тех типологических вариантов, с которыми вы познакомились в лекциях. Если точно с такими детьми вы не работаете, можно выполнить обследование ребенка, который имеет какие-либо проблемы (любые), на которого жалуются педагоги, воспитатели ДООУ, наконец, сами родители. Оценить состояние ребенка вы можете с помощью тех диагностических методик, которые у вас есть.

Оценка итоговой работы производится по системе «зачет/незачет». Для того чтобы работа была зачтена, заключение должно быть написано в соответствии со структурой, представленной в лекции 8, и иметь все необходимые составные части. К заключению следует приложить дополнительно следующие данные:

- 1.** Название диагностических методик, которые вы использовали.
- 2.** Имя автора методики, литературный источник и год его издания.
- 3.** Результаты выполнения этой методики (качественные и, если есть, количественные).
- 4.** Если вы использовали несколько шкал, то название каждой шкалы и полученные результаты по каждой шкале.
- 5.** Если вы использовали проективные рисуночные тесты, то пришлите этот рисунок или его копию (если рисунок выполнялся простым карандашом).
- 6.** Копии одной или двух работ ребенка по русскому языку и математике, если вы считаете их важным доказательством вашего мнения.

*Пожалуйста, выполните итоговую работу и вышлите ее по адресу: ул. Киевская, д. 24, Москва, 121165, Педагогический университет «Первое сентября».*

## Содержание

### **Лекция 5**

Варианты задержанного и дисгармоничного развития ..... 4

### **Лекция 6**

Особенности механизмов формирования  
различных вариантов искаженного развития ..... 19

### **Лекция 7**

Представление о поврежденном и дефицитарном развитии ..... 33

### **Лекция 8**

Диагностические методики и способы  
их использования в деятельности психолога ..... 47

**Итоговая работа** ..... 59